Grundzüge ärztlichen Mitwirkens bei der Ausführung der staatlichen Unfallversicherungsgesetze.

Von

Dr. Hermann Engel,
Vertrauensarzt der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung in Berlin.

Mit 30 Abbildungen im Text.

Abdruck aus dem

Klinischen Jahrbuch.

Im Auftrage des Königlich Preussischen Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten unter Mitwirkung der Herren Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **E. Bumm** in Berlin, Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **P. Ehrlich** in Frankfurt a. M., Prof. Dr. Freih. **v. Eiselsberg** in Wien, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. Flügge** in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. Fränkel** in Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **P. Friedrich** in Marburg, Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **G. Gaffky** in Berlin, Prof. Dr. **R. Greeff** in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **F. Kraus** in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **E. Lesser** in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Moeli** in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **J. Orth** in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Passow** in Berlin und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Wassermann** in Berlin,
herausgegeben von
Dr. **Naumann,** Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat und Ministerialdirektor, und Prof. Dr. **M. Kirchner,** Geh. Ober-Med.-Rat und vortr. Rat.

Einundzwanzigster Band.



Jena
Verlag von Gustav Fischer
1909.

Inhaltsverzeichnis.

Eine innige Vertrautheit mit der Arbeiterversicherungsgesetzgebung und mit ihrer Handhabung ist für den Arzt eine conditio, sine qua non, nicht nur, wenn er sich speziell mit der Begutachtung von Unfallsfolgen oder Invalidität zu befassen hat. Sie ist für ihn unerläßlich, sofern er überhaupt nur beruflich mit Angehörigen der arbeitenden Bevölkerung in Berührung tritt. Denn es ist für den Arzt mit eine Berufspflicht, als gegebener Berater des Volkes der auf diesem Gebiete noch herrschenden Gesetzesunkenntnis nach Kräften entgegenzuwirken. Er muß in der Lage sein, gerade den wirtschaftlich Schwachen und Bedrängten in sachgemäßer Weise zu raten, ob und wie sie die ihnen aus den genannten Gesetzen zustehenden Ansprüche aussichtsreich verfolgen können.

Es bedarf keiner Auseinandersetzung, daß dem Geiste unserer sozialen Gesetze ins Gesicht geschlagen wird, wenn ein Opfer der Berufsgefahren aus formalen Gründen nicht in den Genuß des Schadenersatzes treten kann. Andererseits birgt das — meist zähe — Betreiben eines Entschädigungsverfahrens ohne sachliche Berechtigung schwere Gefahren für den Betreffenden in sich.

Ein ethischer Schaden entsteht in jedem Falle, wenn durch eine zu hohe Rentenbemessung jemand eine höhere Entschädigung bezieht, als seinem durch den Unfall bedingten Lohnausfall entspricht. Seine Umgebung wie seine Arbeitsgenossen merken sehr bald das Mißverhältnis zwischen dem tatsächlichen Schaden, der Erwerbseinbuße und dem zu hohen Schadenersatz. Sie folgern, daß man sein Leiden nur recht beweglich darzustellen brauche, um sich mühelos eine stets willkommene Nebeneinnahme in Form einer Rente zu sichern.

Das Verhältnis des Arztes zu seinem unfallversicherten Patienten ist ja ein anderes, wie zu seiner sonstigen Klientel. Solange es sich

lediglich um die ärztliche Behandlung handelt, sind die Beziehungen nicht getrübt. Das ändert sich aber mit einem Schlage, sobald der Arzt über die Erwerbsfähigkeit desselben Patienten ein Gutachten abgeben soll. Da ist er nicht immer weiter der helfende Freund, er wird zum gehaßten Gegner, sobald er den oft ungerechtfertigten — aber erklärlichen — Wünschen des Verletzten hinsichtlich Höhe der Entschädigung aus sachlichen Gründen nicht mehr zu Willen sein kann und darf.

Es empfiehlt sich daher für den Arzt, sein Verhalten während der Behandlung in jeder Weise so einzurichten, daß er auch später als Gutachter völlig freie Hand behält. Ist es schon in der privaten Praxis um die Prognose ein mißlich Ding, so ist nichts verkehrter, als sich von vornherein einem Unfallverletzten gegenüber mit einer ungünstigen Prognose festzulegen. Der Kranke wird selten glauben, daß die erste, allzu ernste Auffassung seines Leidens übereilt und unrichtig war, er wird vielmehr annehmen, daß die spätere leichtere Einschätzung der Unfallsfolgen auf äußere Beeinflussungen zurückzuführen sei.

Eine unmotivierte, meist unbewußter Wichtigtuerei entspringende Prognosis infausta ist ein schweres Unrecht gegen unsere vom Unfall Betroffenen. Wird dem Kranken von vornherein, ehe der Verlauf sich überhaupt überblicken läßt, gesagt, das verletzte Glied sei für die Arbeit verloren, „das würde nie wieder gut“, so ist es nur zu begreiflich, daß bei dem aufs Krankenlager Geworfenen der Wille zum Gesundwerden erheblich leiden muß. Er läßt es seinem Heilverfahren gegenüber an seiner so notwendigen Mithilfe, an jeder Sorgfalt und Energie fehlen. Wer wollte sich auch zeitweise mit Schmerzen verbundenen Mühewaltungen unterziehen, wenn der ärztliche Ausspruch die Zwecklosigkeit jeglichen Beginnens festgestellt hat? Der so entmutigte Patient wird bei der Behandlung unpünktlich. Ja, er wird verdrossen, wenn nunmehr die entschädigungspflichtige Berufsgenossenschaft auf Grund gesetzlichen Rechtes noch ein intensives Heilverfahren — etwa zur Mobilisierung versteifter Gelenke u. s. f. — einleitet. Dem durch den unglückseligen ärztlichen Ausspruch niedergeschlagenen Manne erscheinen alle diese — in Wahrheit seinem eigensten Interesse dienenden Maßnahmen — gemeinhin ein Versuch, die klingende Entschädigung auf ein möglichst geringes Maß herabzudrücken, die „Rente zu quetschen“, wie der Fachausdruck lautet. Viele Unfallverletzte bringen daher den zum Teil unter hervorragender fachmännischer Leitung stehenden berufsgenossenschaftlichen Heilanstalten bedauerlicherweise ein unbegründetes Mißtrauen entgegen, das nicht ohne ungünstige Wirkung auf das Heilresultat bleiben kann.

Im Laufe des Heilverfahrens hat dann der Verunglückte die Frage der Rentengewährung näher ins Auge gefaßt. Da ihm der Zustand

seines verletzten Teiles von vornherein als wenig hoffnungsvoll dargestellt worden ist, so muß die erwartete Rente folgerichtig sehr hoch ausfallen. Diese Vorstellung setzt sich bei ihm unverrückbar fest, und nun beginnt der Kampf um die Rente, falls die Abgeltung des Schadens sich nicht mit seinen Erwartungen deckt. Dann ist es für Belehrung und Zuspruch zu spät. Der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft erscheint ihm parteiisch und bestrebt, lediglich den „selbstsüchtigen Zwecken" seiner „Auftraggeberin" zu dienen und die Rente möglichst gering zu bemessen. Diese grundfalsche Auffassung in den beteiligten Kreisen zu nähren, hält selbst eine Anzahl von Ärzten für angemessen. Jetzt wendet sich der angeblich in seinem Recht Gekürzte an die nächst höhere Instanz — an das für den betreffenden Regierungsbezirk zuständige Schiedsgericht für Arbeiterversicherung —, wo er zumeist noch einmal der Begutachtung seitens eines Schiedsgerichtsarztes oder einer zuständigen Autorität unterworfen wird. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommen auch diese zu einem ähnlichen oder nur gering abweichenden Urteil und Schätzungsgrade. Erscheint bei dieser Nachuntersuchung der Grad der Erwerbseinbuße höher, als ihn der Berufsgenossenschaftsarzt beim Abschluß des Heilverfahrens angenommen hat, so erklärt sich — wie wir hier gleich einfügen wollen — die Differenz vielfach leicht. Der erste Arzt pflegte den Verletzten während der Periode täglicher Übung und Behandlung der verletzten Extremität zu sehen. Ist das Heilverfahren abgeschlossen, die Rente festgesetzt, so mangelt es Vielen an der erforderlichen Energie, die ihnen nicht angenehmen Übungen selbständig fortzusetzen, und die Folge ist, daß das schon recht gut beweglich gewesene Gelenk wieder einer stärkeren Versteifung anheimfällt, daß die Muskulatur wieder schlaffer wird, und daß sich der Gemütszustand des Bedauernswerten weiter verdüstert aus Unwillen, daß er durch seinen Unfall die günstige und lohnbringende Arbeit aufgeben mußte. Solange das Rentenstreitverfahren schwebt — leider währt es zumeist einige Wochen bis Monate —, läßt ein großer Teil der Rentenbewerber auch die Gelegenheit zu geringer entlohnter, aber leichterer und ihrem Zustande völlig angepaßter Lohnarbeit vorübergehen. Einmal beherrscht sie jetzt ausschließlich der Kampf um das vermeintliche Recht. Ihr erster Arzt hatte gleich nach der Verletzung erklärt, der Arm bliebe unbrauchbar, und jetzt stellt ein zweiter Arzt fest, der Arm sei nur zu einem Drittel in seiner Gebrauchsfähigkeit beschränkt! Zweitens aber fürchten sie, durch Übernahme von Arbeiten dem Schiedsgericht selbst einen Beweis zu liefern, daß ihre Erwerbsunfähigkeit keineswegs so hochgradig sei, wie sie in ihrer Berufungsschrift angaben.

So paradox es klingen mag: Ein Verletzter leidet im Endeffekt auch dann noch oft einen Schaden, wenn ihm selbst die höchste Ent-

schädigung, die Vollrente — auf Grund irriger Voraussetzungen — gewährt wurde. Der scheinbare gegenwärtige Vorteil schlägt ihm später einmal zum Unheil aus, wenn gelegentlich der Nachprüfungen der Irrtum oder die Täuschung an den Tag kommt. Derartige Rentenempfänger haben sich im Laufe der Zeit vollkommen in die Vorstellung hineingelebt, sie seien tatsächlich zu jeder Arbeitsverrichtung unfähig; sie verweichlichen. Zum Teil wenden sie sich gewerblichen Unternehmungen zu.

Ein 35-jähr. Arbeiter erkrankte einige Tage nach einer geringen Bauchkontusion an Gelbsucht mit Fieber und Abmagerung. Nicht der Patient, der Arzt behauptete den Zusammenhang zwischen Krankheit und Betriebsunfall und attestierte, daß der Leberkrebs (!) eine Folge des Unfalles sei. Bei der bestimmten Form dieses Gutachtens unterblieb die Untersuchung durch einen anderen Arzt, und der Unfallverletzte bezog — merkwürdigerweise ohne jede Nachprüfung — durch 10 Jahre die Vollrente, die ungefähr 1200 M. pro Jahr betrug. Er etablierte ein Zigarrengeschäft mit Wettbureau, das bei dem von der Berufsgenossenschaft in Form der Rente gewährten Zuschuß auch bei kleinem Nutzen ihn und seine Familie ernähren konnte. Als sich nun bei der Nachprüfung ergab, daß der gesunde und inzwischen mangels körperlicher Bewegung sehr korpulent gewordene Mann niemals an Leberkrebs gelitten haben konnte, kam die Rente in Wegfall. Der Zusammenbruch des Unternehmens war unvermeidlich und verschlang auch noch die sonstigen kleinen Ersparnisse der Familie. Zu körperlicher Arbeit war der Mann unbrauchbar. Ähnliche Fälle sind wiederholt zur Beobachtung gelangt. Sie beschäftigen indes die Tagespresse nicht, während wir in derselben von Vergewaltigungen Verletzter durch zu scharfe ärztliche Gutachten häufig lesen können.

Wenn nach Ernst v. Bergmanns Ausspruch der erste Verband einer Wunde ihr Schicksal entscheidet, so ist das Schicksal eines Unfallverletzten in weitestem Sinne, nicht nur hinsichtlich der Verletzung, in die Hände des erstbehandelnden Arztes gegeben. Er trägt eine schwere Verantwortung gegenüber dem Einzelwesen, wie der Gesamtheit. Zum Lösen dieser Aufgabe genügt nicht, daß er sich nur die rein medizinischen Dinge auf der Universität angeeignet hat. Eine eingehende Kenntnis der Arbeiterversicherungsgesetzgebung, ihrer Ausführung, der Lebensbedingungen, sowie des Milieus der Arbeiter ist unbedingt erforderlich. Dann wird der Arzt nicht nur den körperlichen Schaden heilen können, er wird auch den mit jedem Unfall unvermeidlich verbundenen wirtschaftlichen Schaden auf das geringste Maß zurückzuführen wissen, vor allem aber in der Ferne liegende, zunächst nicht bedachte und erkannte Nachteile vermeiden helfen. Er möge sich vor Augen halten, wie oft bei weiser Erwägung häufig weniger mehr bedeutet, und nicht nur das verletzte Glied

kurzweg mechanisch mit Prozenten abschätzen. Zweifellos ist es im Hinblick auf die Zukunft für einen nur geringfügig Verletzten besser, wenn er möglichst bald zu seiner Lohnarbeit zurückkehrt, als wenn er sich zwecks Erhöhung seiner in solchen Fällen naturgemäß nur gering bemessenen Rente in ein mit Aufregungen und Zeitverlusten verknüpftes Streitverfahren einläßt und dabei die Arbeit vernachlässigt. Der indirekte Schaden, den er hierbei durch unvorhergesehene Nebenwirkungen vielfach erleidet, kann durch das gewährte Geld auch nicht annähernd ausgeglichen werden. Seines vornehmsten Mittels, durch gütigen Zuspruch dem Verletzten unschätzbare Hilfe zu leisten, ihm das versöhnliche Moment vor Augen zu rücken, sollte sich der Arzt niemals begeben. Mangel an beruflicher Erfahrung und unverzeihliche Interesselosigkeit, ja geradezu eine Grausamkeit ist es, dem Verletzten unbedacht zu sagen, sein Leiden sei keiner Besserung zugängig, und so den Bedauernswerten schädlicher Mutlosigkeit preiszugeben, statt ihn aufzurichten und ihm unter freundlichem Hinweis, wie schon schwerere Verletzungen günstig geheilt sind, neuen Lebensmut einzuflößen. Dazu gehört aber Geduld und wirkliche Hingabe an unseren Beruf. In späteren Jahren wird ihm der Einsichtige Dank wissen, daß er ihm keine Begehrungsvorstellungen ins Herz pflanzte. Das Dankgefühl des durch unangebrachtes ärztliches Zutun zunächst mit einer zu hohen Rente Bedachten wandelt sich in Haß, wenn dieselbe auf Grund neuer sachlicher Erkenntnis gekürzt werden muß. Dann gelangt der Arbeiter oft zu der verspäteten Überzeugung, ihm wäre besser gewesen, wenn er sobald wie möglich sich wieder mit der Lohnarbeit auf eigene Füße gestellt hätte.

Eine objektiv nicht substantiierte, ihre Berechtigung nicht in sich selbst tragende Rente ist ein Danaergeschenk.

Andererseits ist es aber mit die vornehmste Pflicht des Arztes, dem Geschädigten, dessen Leiden nicht richtig eingeschätzt werden (Ablehnung des ursächlichen Zusammenhanges u. s. f.) mit allen Mitteln zur Seite zu stehen — ungeachtet, ob er ein Honorar erhält oder nicht. Der Erfolg, einem Bedauernswerten zu der ihm gebührenden Entschädigung trotz widriger Verhältnisse verholfen zu haben, trägt den Lohn der Mühe in sich.

Mit der Gesetzeskenntnis der Ärzte liegt es im argen. Der Studierende ist tatsächlich schon aus Zeitmangel nicht imstande, sich auf der Universität mit dieser Materie zu befassen. Außerdem verlangt der Gegenstand einen völlig ausgebildeten Arzt, da es sich ja um die Anwendung des gesamten ärztlichen Könnens auf bestimmte Verhältnisse handelt. Der in die Praxis eintretende Arzt muß aber bereits mit der Kenntnis der Arbeiterversicherung gewappnet sein, denn gerade in den industriereichen Zentren wird sich im Anfang seine Klientel aus Arbeiterkreisen rekrutieren. Wenn auch noch die

Meinungen divergieren, wann der angehende Arzt den Studien dieses Gebietes der sozialen Medizin obliegen soll, so zwingen nach meinem Dafürhalten die Verhältnisse dazu, das Ende des Universitätsstudiums hierfür zu bestimmen. Und wie unsere Prüfungsordnung verlangt, daß der Examinand über seine Ausbildung in der Impftechnik einen Nachweis erbringt, ist es erforderlich, dem Medizinalpraktikanten vor Erteilung der Venia practicandi hinsichtlich der Arbeiterversicherung die gleiche Verpflichtung aufzuerlegen. Beide Gegenstände haben für das allgemeine Volkswohl die gleiche Wichtigkeit.

Die für den Arzt bedeutungsvollsten gesetzlichen Verhältnisse werden uns am besten an Beispielen klar werden. Nehmen wir an, ein in einem versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigter Arbeiter meldet sich bei seinem Arzte krank mit der Behauptung, einen Unfall erlitten zu haben. Auf dem Krankenschein findet der Arzt die Frage vorgedruckt: Liegt ein Betriebsunfall vor? Dieselbe wird er in der Mehrzahl der Fälle nach den erkennbaren Folgen des Unfalles und der glaubhaften Erzählung des Verletzten oder seiner Begleiter ohne weiteres bejahen können. Und doch schließt die Beantwortung dieser Frage bereits ein Urteil in sich, das zuweilen über die Grenzen ärztlicher Aufgaben hinausgeht. Das Gewerbeunfallversicherungsgesetz selbst läßt nämlich eine Begriffsbestimmung für das Wort „Unfall“ vermissen. Nach ständiger Rechtsprechung wird für die Annahme eines Betriebsunfalles gefordert, daß der Verletzte eine Schädigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit erleidet. Diese Schädigung muß auf ein vom Willen des davon Betroffenen unabhängiges, plötzliches, d. h. zeitlich bestimmbares, in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückzuführen sein. Ob die Folgen sofort oder erst später hervortreten, ist gleichgültig. Wer diese Definition des Unfalles nicht überlegt, wird gegebenenfalls in seinen Gutachten zu falschen Schlüssen kommen. Nach dieser Begriffsbestimmung sind die Gewerbekrankheiten — als Folgen längere Zeit andauernder, schädlicher Einflüsse — von der Wohltat dieses Gesetzes vor der Hand ausgeschlossen. Als Beispiele sei auf Phosphornekrose, auf Quecksilber- und Bleivergiftung, sowie auf Pneumonoconiosen hingewiesen. Immerhin wird der Begriff des Plötzlichen von Fall zu Fall cum grano salis auszulegen sein. So ist wiederholt in Fällen von Hitzschlag während der Arbeit in glühendem Sonnenbrande oder bei Erfrieren infolge von Arbeiten im Freien bei hochgradiger Kälte das Vorliegen eines Betriebsunfalles anerkannt worden, da die Spruchbehörden zu der Annahme gelangten, die „plötzliche Einwirkung“ der schädigenden Temperaturverhältnisse sei immer noch nach ihrer zeitlichen Ausdehnung deutlich abgrenzbar.

Des weiteren hat sich nach den Entscheidungen des Reichs-

versicherungsamtes die Spruchpraxis herausgebildet, daß allmählich durch die Arbeit entstehende äußere Verletzungen keinen Unfall darstellen. Falls also jemand beim andauernden Graben Blasen an den Händen erwirbt, und dieselben vereitern — ohne daß der Leidende jetzt das plötzliche Eindringen von Eitererregern durch irgendein neues in der Betriebsgefahr liegendes Ereignis nachweisen kann — so wird das Vorliegen eines Betriebsunfalles zu verneinen sein, auch wenn die schwersten Folgen, wie Gelenkversteifung, Sehnennekrosen oder gar Verlust des Armes eintreten. Die Berufsgenossenschaften können sich mit Erfolg darauf stützen, daß die Blase als solche keine Unfallsfolge im Sinne des Gesetzes war. Mit einigen Tagen Ruhe wäre unter geeigneter Behandlung das Übel behoben gewesen. Bedeutung gewann das Leiden erst, als die Eitererreger in die Gewebe eindrangen. Zu einem solchen Geschehnis ist aber auch außerhalb der Betriebsarbeit bei den gewöhnlichen Verrichtungen des Lebens, z. B. im eigenen Haushalt, mehr als reichlich Gelegenheit. Für den Arzt ist es schwer, mitansehen zu müssen, wie dann gerade diesen häufig empfindlich geschädigten Leuten keine Entschädigung zuteil wird. Denn er weiß, daß eine derartige Infektion in jedem Falle sich als — wenn auch nur mikroskopisch zu beobachtender — Unfall charakterisiert.

Kein Arzt kann mit bloßem Auge den Vorgang erkennen, am wenigsten ahnt ihn in der Regel der davon Betroffene. Wie oft kommen Patienten mit einem Panaritium zu uns mit der Angabe, das Leiden sei „von selbst“, „aus heiler Haut“, entstanden. Solche Fälle machen es dem Arzte versicherter Arbeiter zur Pflicht, immer und immer wieder durch nicht ermüdende Belehrung darauf hinzuweisen, daß der unscheinbarste Hautritz, die geringste Stichverletzung schwere Folgen haben kann. Kleine Ursachen, große Wirkungen! Die Arbeiter sollen also nicht vor der leichten Mühe zurückscheuen, auch bei den kleinsten Hautverletzungen, die durch die Betriebsarbeit entstehen, den Unfall vorschriftsmäßig beim Betriebsleiter zur Anzeige zu bringen, oder sich wenigstens einiger Zeugen zu versichern. An große und auffallende Unfallsereignisse werden sich die Augenzeugen selbst nach längerer Zeit leicht erinnern, eine Hautverletzung entgeht selbst dem am Nebenplatze beschäftigten Arbeitsgenossen.

Im allgemeinen geht indes meine Erfahrung dahin, daß in Fällen von Infektionen mit schweren Folgen die Berufsgenossenschaften in der schiedsrichterlichen Instanz keinen zu rigorosen Standpunkt hinsichtlich des nachzuweisenden Unfallereignisses verfechten, vielmehr — in zutreffender Würdigung ihrer sozialen Aufgaben — geneigt sind, ihre Entschädigungspflicht anzuerkennen, wenn ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit von dem ärztlichen Sachverständigen als vorliegend erachtet wird.

Ein sehr wichtiges, von den Ärzten noch nicht ausreichend gewürdigtes Moment ist der Grundsatz, daß eine allmähliche Verschlimmerung krankhafter Anlage nicht als Unfall anerkannt wird. Ich verweise hierfür auf S. 146, wo von der Beurteilung der Brüche als Unfallsfolge die Rede ist.

An die Anerkennung eines Unfalles als Betriebsunfall knüpfen sich aber noch weitere Bedingungen, deren Kenntnis auch für den Arzt unerläßlich ist, wenn anders er seinen Schutzbefohlenen recht beraten will.

Voraussetzung für das Vorliegen eines wirklichen Betriebsunfalles ist, daß der von einem solchen Betroffene bei dem Betriebe beschäftigt ist. Ein Arbeiter, der auf einem fremden Fabrikgrundstück von dem Hofhunde gebissen wird, erleidet keinen Betriebsunfall. Der Unfall muß zweitens, um sich als Betriebsunfall darzustellen, in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Betriebe und dessen Gefahren stehen. Es mangelt also denjenigen Unglücksfällen die Bedeutung eines Betriebsunfalles, die jedem anderen Menschen an derselben Stelle zur selben Zeit zustoßen können. Ebenso mangelt sie denjenigen, die den in seinem Betriebe Beschäftigten auch außerhalb der Betriebswerkstätte oder zu anderer Zeit hätten ereilen können. Ein Arbeiter, der sich in der Frühstückspause beim Zerlegen seiner Brotschnitte mit dem Messer verletzt, oder dem die beim Öffnen zerspringende Bierflasche die Sehnen der Hand durchschneidet, erleidet keinen Betriebsunfall. Der Stich eines giftigen Insektes während der Betriebsarbeit ist kein Betriebsunfall.

Wird jemand von einem Blitzschlag getroffen, so wird das Vorliegen eines Betriebsunfalles nur dann zugegeben, wenn der Verunglückte durch seine Betriebstätigkeit der Blitzgefahr in erhöhtem Maße ausgesetzt war. So geschah dies bei einem Maurer, der mit dem Eindecken eines Ziegeldaches beschäftigt war, so bei einem Steuermann, der während eines Gewitters am Steuer eines Schleppkahnes stand, als sie vom Blitze erschlagen wurden.

Verneint wurde jedoch das Vorliegen eines Betriebsunfalles, als ein Bauarbeiter beim herannahenden Gewitter Schutz im Keller eines Neubaues suchte und hier durch einen Blitzschlag sein Leben verlor. Weder der von dem Arbeiter gewählte Standort, noch die Beschaffenheit des Neubaues boten eine erhöhte Blitzgefahr dar. Jemand, der durch seine Betriebsarbeit gezwungen ist, sich lediglich im Freien aufzuhalten, ist damit nach neueren Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes der Blitzgefahr in erhöhtem Maße ausgesetzt.

Eigenes Verschulden, Trunkenheit oder Leichtsinn des Verletzten bei dem Herbeiführen des Unfalles schließt die Anerkennung eines Betriebsunfalles als solchen nicht aus; ebensowenig verbotswidriges Handeln gegen die zur Sicherheit des Betriebes erlassenen Vorschriften.

Ein Betriebsunfall liegt jedoch nicht vor, wenn jemand aus Spielerei oder Neugier sich an einer Maschine, mit der er beruflich nichts zu tun hat, beschäftigt und dabei zu Schaden kommt.

Ein Hinausschreiten aus dem Betriebe und seinen Gefahren raubt einem Unglücksfall den Charakter des Betriebsunfalles. Geradezu tragisch ist das folgende Beispiel: Der Lokomotivführer einer neben der Staatsbahn herlaufenden Kleinbahn sieht auf dem Geleise der ersteren ein Kind spielen. Um es der drohenden Gefahr des Überfahrenwerdens zu entreißen, verläßt er seine Lokomotive und betritt den Bahnkörper der seinem Betriebe fremden Staatsbahn; er rettet das Kind vor dem heranbrausenden Schnellzuge, wird aber selbst von der Maschine erfaßt und auf der Stelle getötet. Ein Betriebsunfall konnte nicht anerkannt werden. Der Unglückliche war bei seinem edelmütigen Rettungswerke einer selbstgeschaffenen Gefahr erlegen, die dem Betriebe seiner Kleinbahn nicht zur Last fiel.

Eine gesonderte Auffassung beansprucht die Einwirkung von Ursachen, die in der Person des Verletzten selbst liegen. Nehmen wir an, ein Fabrikarbeiter leide an epileptischen Krämpfen. Während des Betriebes stürzt er bei einem solchen Anfall auf dem ebenen Boden des Fabriksaales zu Boden. Die hieraus resultierenden Verletzungen sind nicht Folgen eines durch den Betrieb oder eine seiner Gefahren herbeigeführten Unfalles, denn die Ursache ist ein im Verletzten selbst liegendes inneres Leiden. Ergeben sich aber aus dem Sturze schwerere Folgen, die mit der Eigenart des Betriebes zusammenhängen, so liegt ein Betriebsunfall vor. Um derartige Vorgänge handelt es sich, wenn der Verletzte zur Zeit des Anfalles wegen seiner Arbeit sich auf einem erhöhten Standpunkt, auf einem Gerüst, einer Leiter, einem Wagen befand, oder wenn er in eine Maschine oder in die heiße Asche neben einem Ofen fällt.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei dem Auftreten einer Lungenblutung, die wohl in allen Fällen als Folge eines Betriebsunfalles hingestellt wird. Hier hat die Rechtsprechung die Norm geprägt, daß nur dann eine Lungenblutung als entschädigungspflichtiger Unfall aufgefaßt werden kann, wenn nicht eine gewöhnliche, sondern eine das betriebsübliche Maß überschreitende körperliche Anstrengung stattgefunden hat.

Unfälle, die dem Arbeiter auf dem Wege zwischen seiner Wohnung und der Arbeitsstätte begegnen, gelten im allgemeinen nicht als Betriebsunfälle. Wohl aber sind Wege oder Reisen, die ein von seinem Arbeitgeber beauftragter Arbeiter im Interesse des Betriebes unternimmt, ihrer Zweckbestimmung nach auf den Betrieb gerichtet. Er ist daher gegen die Gefahren, die ihm dabei begegnen, ebenso versichert, wie gegen die des eigentlichen Betriebes auf der Betriebsstätte.

Diese wenigen Beispiele sollen nur andeuten, welche verschiedenen Auslegungen der Begriff des Betriebsunfalles von Fall zu Fall erfährt.

Wir sehen also, daß die den Krankenscheinen aufgedruckte Frage: Liegt Betriebsunfall vor? nicht immer rein ärztlich und einfach zu entscheiden ist sondern in manchen Fällen Erhebungen und Zeugenvernehmungen erheischen kann, deren Vornahme nur den hierzu gesetzlich ermächtigten Organen, wie der Polizeibehörde, den Schiedsgerichten oder dem Reichsversicherungsamt zusteht.

Der Arzt, der in nicht ganz klar liegenden, später der Abweisung unterliegenden Fällen dem Arbeiter das Vorliegen eines Betriebsunfalles attestiert, treibt denselben unnötig in einen Rentenkampf mit allen seinen oben geschilderten Nachteilen. Während eines derartigen Streitverfahrens hört man fortgesetzt das Argument des Rentenbewerbers: „Der Arzt hat doch bescheinigt, daß es ein Betriebsunfall war“. Die unvermeidliche Desavouierung der ärztlichen Angabe schließt jedesmal eine Beeinträchtigung des ärztlichen Ansehens in sich. Gegen derartige unerwünschte Folgen wird sich der Arzt am sichersten schützen, wenn er die Frage nach dem Vorliegen eines Betriebsunfalles mit der Einschränkung beantwortet: „Nach Angabe, ja“. Zweckmäßiger wäre es, wenn die Frage auf den Scheinen folgende Fassung annähme: „Wird vom Verletzten das Vorliegen eines Betriebsunfalles behauptet?“ Damit würde jedes persönliche Engagement des Arztes ausgeschaltet.

Andererseits wird eine sachgemäße freundliche Belehrung, daß nach Art des Falles ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall überhaupt nicht vorliegt, für den Verletzten von großem Nutzen sein. Er wird der Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit die größte Sorgfalt zuwenden, ohne für seinen späteren Unterhalt fremde Hilfe zu erwarten. Auch würde er bei einem Unterliegen in dem Streite sich mit seinem Geschick leichter abfinden, da in ihm keine falsche Hoffnung genährt war.

Nehmen wir nun an, ein Verletzter hat einen ganz klar erwiesenen Betriebsunfall erlitten, und die entsprechende Frage sei auf dem Krankenschein zutreffend bejaht.

Die Krankenkasse übernimmt zunächst die gesetzmäßige Fürsorge für ihr Mitglied. Da es sich aber um einen Betriebsunfall handelt, so erstreckt sich ihre Verpflichtung nach dem Gesetze nur auf 13 Wochen, statt wie sonst auf 26 Wochen oder längere Zeit. Um dem Verletzten die Wohltat der berufsgenossenschaftlichen Leistung nach Ablauf der 13 Wochen zu sichern, meldet die Krankenkasse den Unfall bei der zuständigen Berufsgenossenschaft an, sobald die Wiederherstellung mehr als 4 Wochen erfordert, und gibt ihr dabei die für die Erledigung des Falles erforderlichen Unterlagen. Außer den Personalien des vom Unfall Betroffenen, Art und Ort des ersteren wird

sie noch den Namen des Betriebsunternehmers, sowie den des behandelnden Arztes mitteilen.

Auf diese Weise erfährt dann die Berufsgenossenschaft von dem durch sie zu entschädigenden Unfall, falls sie nicht schon vorher, wie es Vorschrift ist, die Unfallanzeige seitens des Betriebsunternehmers erhalten hat. Derselbe ist nämlich verpflichtet, der Ortspolizeibehörde wie der zuständigen Berufsgenossenschaft Anzeige zu erstatten, wenn durch einen Betriebsunfall eine Person getötet wird, oder eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen eintritt.

Hier begegnet uns zum ersten Male bei der Abwicklung eines Unfallentschädigungsverfahrens die Berufsgenossenschaft. Welch schiefe Vorstellungen sind leider immer noch zum Schaden des Ganzen unter der Ärztewelt mit dem Begriff der Berufsgenossenschaft verknüpft!

Die einen halten sie für Erwerbsgesellschaften, wie etwa eine Molkerei-, eine Butterei- oder eine Häuserbaugenossenschaft. Die anderen sehen in ihnen Versicherungsgesellschaften nach Art der privaten, denen es hauptsächlich darauf ankommt, für ihre Aktionäre eine möglichst hohe Dividende herauszuwirtschaften. Diese leider sehr verbreiteten falschen Auffassungen veranlassen manchen Arzt, die Berufsgenossenschaften nicht so werktätig und bereitwillig zu unterstützen, wie es im Interesse der Unfallverletzten, namentlich aber zum Zwecke einer möglichst schnellen Erledigung der Schadenersatzfrage unbedingt erforderlich ist. Dieser Fehler von ärztlicher Seite muß von selbst verschwinden, wenn wir uns darüber klar sind, daß wir nicht der Berufsgenossenschaft, sondern dem Verletzten unsere Dienste zuwenden.

Die Berufsgenossenschaften sind also keine Erwerbsgesellschaften, sie wollen und können ihren Mitgliedern, den Inhabern gleichartiger Betriebe, den Angehörigen gleicher Industriezweige, den in ihnen vereinigten Berufsgenossen niemals materielle Vorteile gewähren. Im Gegenteil legen sie ihnen andauernd pekuniäre Opfer auf, da sie für ihre Bedürfnisse — die Entschädigung der durch Unfälle verletzten Personen und ihre Hinterbliebenen im Todesfalle, sowie die Verwaltung — dauernd Umlagen erheben müssen. Im allgemeinen werden diese jährlichen Umlagen auf die einzelnen Betriebe nach Maßgabe der in diesen gezahlten Gehälter und Löhne unter Berücksichtigung des Gefahrentarifs berechnet. Die versicherten Arbeiter leisten gar keine Beiträge. Viele von ihnen begründen ihre Ansprüche bei belanglosen Verletzungen damit, daß sie doch jahrelang Versicherungsbeiträge bezahlt hätten und bei dieser Gelegenheit einmal etwas von ihren Einlagen zurückvergütet sehen möchten. Der kundige Arzt wird sie belehren können, daß sie für die Unfallversicherung noch nie einen Pfennig ausgegeben haben, und daß eine Verwechslung mit ihren Bei-

trägen zur Krankenkasse bezw. zur Invaliditäts- und Altersversicherung vorliege.

Das Gesetz bestimmt, daß die Beiträge der Berufsgenossenschaftsmitglieder, der Arbeitgeber, nur zur Deckung der von ihr zu leistenden Entschädigungen, der Verwaltungskosten, zur Ansammlung des gesetzlich geforderten Reservefonds, zur Gewährung von Prämien für Rettung Verunglückter, zu Zwecken der Unfallverhütung und endlich — vorbehaltlich der Zustimmung der höchsten Ausführungsbehörde, des Reichsversicherungsamtes — zur Errichtung von Heil- und Genesungsanstalten verwandt werden dürfen. Hieraus ergibt sich, daß die Berufsgenossenschaften demnach immer so viel Vermögen besitzen, als sie nach gesetzlicher Vorschrift eben haben müssen. Man kann also nicht, wie häufig in ärztlichen Standesschriften zu lesen ist, von den „reichen“ Berufsgenossenschaften sprechen. Reich ist derjenige, der mehr besitzt, als er bei sorgfältiger Wirtschaft verbraucht. Die Berufsgenossenschaften sind wohl leistungsfähig, aber nicht reich. Es ist also unbillig, von ihnen für ärztliche Leistungen exorbitante Honorare zu fordern. Andererseits liegt aber auch kein Grund vor, unter die für die Privatpraxis ortsüblichen Gebührenforderungen herunterzugehen, wenn eine Berufsgenossenschaft die Zahlungsverpflichtete ist. Denn die Gebührenordnung für Ärzte vom 15. V. 1896 hat den Berufsgenossenschaften nicht, wie den Armenverbänden, Staatsfonds, milden Stiftungen, Knappschafts- oder Arbeiterkrankenkassen, das Vorrecht gewährt, daß ihnen gegenüber nur die Mindestsätze in Anwendung gelangen dürfen.

Wir sehen also: *Die Berufsgenossenschaften sind auf Grund gesetzlicher Vorschrift zu Trägern der Versicherung geschaffene öffentliche Verbände.* Diese sind nach Industriezweigen für das ganze Reich oder für einzelne Gebiete desselben errichtet. Sie sind juristische Persönlichkeiten und haben Selbstverwaltung.

Zur Zeit gibt es im Deutschen Reiche 66 gewerbliche Berufsgenossenschaften. Wir nennen die Knappschafts-, Steinbruchs-, Metall- und Glas-Berufsgenossenschaft. Ferner gibt es eine solche der Feinmechanik, der Musikinstrumentenindustrie, der chemischen Industrie, der Schornsteinfegermeister des Deutschen Reiches, der Gas- und Wasserwerke. Neben ihnen bestehen nach Territorien eingerichtete Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften, z. B. eine Süddeutsche, eine Sächsisch-Thüringische, eine Nordöstliche, eine Schlesische und eine Nordwestliche. Von ihnen ist die Schmiede-Berufsgenossenschaft abgezweigt worden. Wir begegnen gelegentlich einer Töpferei-, Ziegelei-, Leinen-, Textil-, Papiermacher- und Papierverarbeitungs-Berufsgenossenschaft. Große Betriebe vereinigen in sich die Holz-Berufsgenossenschaften (Sächsische, Norddeutsche, Bayrische, Süd-

westdeutsche) und die Baugewerks-Berufsgenossenschaften, wie die Hamburgische, die Nordöstliche, die Schlesisch-Posensche, die Hannoversche, Magdeburgische, die Sächsische, Württembergische, Bayrische und andere. Für die schiffahrttreibende Bevölkerung sorgt die Westdeutsche, die Ostdeutsche, die Elbschiffahrts- und die See-Berufsgenossenschaft. Die Tiefbau-Berufsgenossenschaft erstreckt ihre Tätigkeit über das ganze Deutsche Reich.

Erwähnen wir noch die Nahrungsmittelindustrie-Berufsgenossenschaft, die Müllerei-, Zucker-, Brauerei- und Mälzerei-, Tabak-, Deutsche Buchdrucker-, Lagerei-, Fuhrwerks-, Straßen- und Kleinbahn-Berufsgenossenschaft, endlich die Privatbahn-Berufsgenossenschaft und die der Molkerei-, Brennerei- und Stärkeindustrie, so dürfte ihre Aufzählung annähernd erschöpft sein. Einzelne von ihnen sind in Sektionen eingeteilt. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften umfaßten im Jahre 1906 659 935 Betriebe mit durchschnittlich 8 625 500 versicherten Personen. Neben ihnen bestanden 48 land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaften mit 4 695 789 Betrieben und 11 189 071 versicherten Personen. Die Ausgaben sämtlicher Berufsgenossenschaften für die Durchführung ihrer Aufgaben beliefen sich auf 170 908 045 M.

Die gleiche Tätigkeit wie die Berufsgenossenschaften entfalten die Ausführungsbehörden staatlicher Betriebe, wie die der Marine-, Heeres-, Post- und Telegraphen-, sowie Eisenbahn-Verwaltung, die der staatlichen Bauverwaltungen, endlich die Ausführungsbehörden der Provinzial- und Kommunal-Bauverwaltungen.

Zur Lösung ihrer Aufgaben hat nun das Gesetz den Berufsgenossenschaften bestimmte Rechte verliehen, von denen hier nur die den Arzt interessierenden, bei einem Entschädigungsverfahren in Betracht kommenden besprochen werden sollen.

Zunächst hat die Berufsgenossenschaft das Recht, von der zuständigen Ortspolizeibehörde eine eingehende Untersuchung des Unfalles (Art und Veranlassung, Name und Verbleib der betroffenen Person, Art der Verletzung, Feststellung der Hinterbliebenen oder derjenigen Angehörigen des Unfallverletzten, die einen Entschädigungsanspruch erheben können, Höhe der Unfall- oder Invalidenrente, die der Verletzte etwa schon bezieht), zu verlangen und sich Abschriften der Untersuchungsverhandlungen erteilen zu lassen.

Ein weiteres, uns Ärzte mit berührendes, Recht ist der ihnen verliehene Anspruch auf „Rechtshilfe". Die öffentlichen Behörden sind verpflichtet, den im Vollzuge des Unfallgewerbeversicherungsgesetzes an sie ergehenden Ersuchen der Berufsgenossenschaften ebenso zu entsprechen, wie denen des Reichsversicherungsamtes und der Schiedsgerichte. Praktisch wichtig ist dies für den leider noch immer bemerkbaren Fall, daß ein Arzt aus irgend einem Grunde es unter-

läßt, den Berufsgenossenschaften die nachgesuchte Auskunft über den Zustand eines Verletzten zu erteilen. Denselben bleibt dann nur der Ausweg, das betreffende Amtsgericht zu ersuchen, den in seinem Amtsbezirk wohnenden Arzt als Sachverständigen oder gegebenenfalls gar nur als sachverständigen Zeugen zu vernehmen, um so die Beantwortung bestimmter Fragen herbeizuführen. Dabei kann dem Arzte noch von Gerichts wegen aufgegeben werden, seine Journale oder sonstigen Aufzeichnungen an Gerichtsstelle mitzubringen, bezw. sein Gutachten, auf das er vom Gericht als Sachverständiger vereidigt werden soll, vorher zu Papier zu bringen.

Die Honorierung erfolgt in solchen Fällen von seiten des Gerichts nach der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige. Betrachtet man hierbei noch die Unbequemlichkeiten, die durch die Störungen des Praxisbetriebes, durch Warten u. dgl. Dinge für den Arzt sich ergeben, so ist es ohne weiteres klar, daß dieser bei schneller Beantwortung der von der Berufsgenossenschaft an ihn gestellten Fragen sicherlich besser gefahren wäre. Eine schnelle Erledigung derartiger Ersuchen ist für den Arzt ein nobile officium; kommt sie lediglich dem Rentenbewerber zu gute, dem Manne, der durch seinen Unglücksfall seine Brotstelle verloren hat und nur auf das geringe Krankengeld angewiesen ist, dessen Zahlung obendrein bei Betriebsunfällen nach 13 Wochen in Wegfall kommt. Die Berufsgenossenschaft aber kann vor ordnungsgemäßer Erledigung des Falles — wozu die ärztlichen Unterlagen unbedingt erforderlich sind — eine Rente nicht gewähren, sie kann höchstens minimale Vorschüsse gewähren. Es ist doch betrübend, sehen zu müssen, daß lediglich die Nachlässigkeit oder Unüberlegtheit eines Arztes die Berufsgenossenschaft hindert, werktätige Hilfe zu leisten, und so den bedauernswerten Verletzten in eine gänzlich unverschuldete Notlage bringt.

Weitere uns interessierende Befugnisse der Berufsgenossenschaften sind: Sie können die Behandlung des Verletzten einer Krankenkasse über den Ablauf der dreizehnten Woche hinaus übertragen (§ 11 des G. U. V. G.). Umgekehrt können sie schon während der ersten 13 Wochen das Heilverfahren selbst gewähren nnd demgemäß den Krankenkassen abnehmen. Daß hierfür nur sachliche Gründe maßgebend sind — intensiveres Heilverfahren, Disziplinierung des Patienten u. s. f. — muß wohl allgemein angenommen werden. Es liegt somit keine Veranlassung vor, in solchen Anordnungen ein gegen die Fähigkeiten des Kassenarztes gerichtetes Mißtrauen zu sehen.

Dem Verletzten gegenüber stehen der Berufsgenossenschaft weitgehende Befugnisse zu. Sie müssen dem Arzte geläufig sein, wenn er nicht seinen Schützling gelegentlich durch unsachgemäße Ratschläge schädigen will.

Die Berufsgenossenschaft hat das Recht, bei unverheirateten Ver-

letzten ohne weiteres, bei Verheirateten, Inhabern oder Mitgliedern einer Haushaltung mit ihrer Zustimmung, die Aufnahme in ein Krankenhaus zwecks Durchführung des Heilverfahrens anzuordnen. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn ein amtlich bestellter Arzt bezeugt, daß der Zustand oder das Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordern.

Auch ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, jederzeit ein neues Heilverfahren anzuordnen, wenn die — durch ärztliches Zeugnis — begründete Annahme vorhanden ist, daß die Erwerbsfähigkeit eines Unfallrentenempfängers sich hierdurch weiter erhöhen werde.

Sind die Gründe der Weigerung gegen ein derartig angeordnetes Heilverfahren nicht stichhaltig, und ist nachgewiesen, daß durch dieses Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt worden ist, so kann die Berufsgenossenschaft den Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagen.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn der Rentenempfänger sich seiner Aufnahme in ein Krankenhaus oder seiner Vorstellung bei dem Arzt widersetzt, sofern dieselbe — außerhalb des eigentlichen Heilverfahrens — lediglich zum Zwecke der ärztlichen Untersuchung und Beobachtung, zur Feststellung etwaiger Simulation oder zur Neueinschätzung des Grades der vorhandenen Erwerbseinbuße gefordert ist.

In solchen Fällen darf die Berufsgenossenschaft aus der Weigerung des Verletzten nur den für die Höhe seiner Entschädigung ungünstigsten Schluß ziehen; sie darf also annehmen, daß die Unfallverletzung den nach der Erfahrung günstigsten Ausgang genommen hat, und die hierfür zulässige niedrigste Entschädigung Platz greifen lassen.

Der Verletzte seinerseits ist ebenfalls jederzeit zu dem Antrage auf Wiederaufnahme des Heilverfahrens berechtigt, wenn die begründete Aussicht besteht, daß sich durch ein solches seine Erwerbsfähigkeit hebt, oder die Unfallsfolgen in ihrer Wirkung noch weiter abgeschwächt werden können. Neben ihm steht der Krankenkasse, der er angehört, die gleiche Befugnis zu.

Die Nachteile eines verminderten Schadenersatzes drohen dem Verletzten auch, wenn er während des Heilverfahrens ein „schuldhaftes Verhalten“ an den Tag legt. Zum Dulden einer Operation oder einer Chloroformnarkose indes kann niemand gezwungen werden. Aus einer derartigen Weigerung — mag sie nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung auch noch so unzweckmäßig sein — wird einem Verletzten also niemals ein Rechtsnachteil erwachsen.

Hingegen werden Folgen eines Unfalles bei der Entschädigung nicht berücksichtigt, soweit sie bei pflichtmäßigem Verhalten des Verunglückten nachweislich zu vermeiden gewesen wären. Denn diese

sind nicht mehr eine notwendige Konsequenz der Verletzung sondern entspringen der freien, häufig törichten Handlungsweise des Patienten.

Es ist ihm also zur Pflicht gemacht und muß von ihm erwartet werden, daß er nach besten Kräften für seinen Teil daran mitwirkt, einen möglichst günstigen Erfolg des eingeleiteten Heilverfahrens zu zeitigen. Er darf sich nicht allgemein üblichen, zweifellos ungefährlichen ärztlichen Maßnahmen widersetzen, selbst wenn dieselben mit einem bestimmten Grade von Schmerzen verknüpft sind. Er hat sich dem Verbandwechsel zu unterziehen, er darf die dargebotene Medizin nicht zurückweisen und ist zur Duldung einer Massagebehandlung verpflichtet, wie er unter Umständen Bandagen oder Stützapparate anzulegen hat. Auch kann von ihm die Ausführung leichter — zu Übungszwecken übertragener — Arbeiten gefordert werden; die Betätigung an mechano-therapeutischen Apparaten darf er nicht verweigern.

Die oben gestreiften Nachteile können über den Verletzten indessen nur dann rechtswirksam verhängt werden, wenn er vorher auf diese Folgen seiner Pflichtverletzung aufmerksam gemacht ist. Auch muß darüber Gewißheit herrschen, daß der Widerstand gegen das Heilverfahren nicht etwa auf abnormer Empfindsamkeit oder übergroßer Energielosigkeit beruht sondern seinem freien Willen, einer gewissen Böswilligkeit, entspringt.

Wir wenden uns nunmehr zu den Pflichten der Berufsgenossenschaften gegenüber den ihrer Fürsorge Unterstellten.

Die Berufsgenossenschaft hat dem Verletzten vom Beginne der 14. Woche nach dem Unfall ein Heilverfahren und angemessenen Schadenersatz zu gewähren. Wie wir oben gesehen haben, kann sie die ärztliche Behandlung bereits vor Eintritt ihrer Verpflichtung, also vor Ablauf der 13. Woche, einem von ihr bezeichneten Arzte — häufig ihrem Vertrauensarzte — übertragen. Der Gesetzgeber hat den Berufsgenossenschaften eine weitgehende Überwachung ihrer Fürsorgeberechtigten, sowie einen maßgebenden Einfluß auf die Art der Behandlung damit zugestehen wollen. Es läßt sich damit also nicht vereinen, wenn ein Arzt bei einem Unfallverletzten ein neues Heilverfahren einleitet, ohne daß er oder sein Patient sich dafür von der Berufsgenossenschaft die erforderliche Zustimmung sichert. Außer für eine nach allgemein ärztlichen Grundsätzen unabweisbare Hilfeleistung braucht die Berufsgenossenschaft für die auf diesem Wege entstandenen Kosten des Heilverfahrens nicht aufzukommen.

Unter den Begriff der Kosten des Heilverfahrens fallen solche für eine etwaige Krankenwartung. Angehörige eines Verletzten, dem Rente und Kosten des Heilverfahrens gewährt werden, haben im allgemeinen hierauf keinen Anspruch. Vielmehr erscheint ein gewisses Maß von unentgeltlicher Pflege und Fürsorge seitens der Anverwandten,

bei denen der Verletzte wohnt, als eine selbstverständliche sittliche Pflicht derselben. Nur wenn ihnen nachweisbare besondere Barauslagen erwachsen oder Erwerbsgelegenheit entgeht, kommt auch für sie die Gewährung einer angemessenen Entschädigung in Frage.

Hinsichtlich der zu gewährenden Arznei ist zu bemerken, daß die Berufsgenossenschaften die Anwendung einer Pharmacopoea oeconomica, wie die Krankenkassen, nicht verlangen. Der Arzt ist hier in der Auswahl der Medikamente durch ihren Preis nicht beschränkt. Auch teuere Mittel können verschrieben werden, sofern sie nach vernunft- und pflichtgemäßem Ermessen für das Heilverfahren eine Bedeutung haben. Zur Gewährung sonstiger Heilmittel (wie orthopädische Korsetts, orthopädische Stiefel, Schienenhülsenapparate, Krücken, künstliche Gliedmaßen u. s. f.), sind die Berufsgenossenschaften verpflichtet, soweit sie zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlich sind.

Zu Streitigkeiten kommt es hierbei nur, wenn ein Verletzter ein besonders kompliziert gebautes künstliches Bein oder einen künstlichen Arm verlangt, die im Erwerbsleben nur zu geringer Betätigung gebraucht werden können. Die allgemein unbestrittene Erfahrung geht dahin, daß für einen Arbeiter ein einfach konstruierter Stelzfuß für die verlorene untere Extremität ein weit zweckmäßigerer Ersatz ist, als ein mit Federn, Scharniergelenken und Gummizügen versehenes, kompliziert gebautes künstliches Bein. Dieses ist erheblich schwerer und behindert durch sein Gewicht den ausgiebigen Gebrauch des Beines, erfordert außerdem unverhältnismäßig oft zeitraubende Reparaturen durch den Bandagisten. Während dieser Zeit ist dann der Verletzte jedesmal seines Bewegungsvermögens beraubt. Es ist Sache des Arztes, seine Patienten aus der Arbeiterbevölkerung stets in diesem Sinne zu beraten und sie vor weitergehenden Ansprüchen in ihrem eigenen Interesse zurückzuhalten.

Die Lieferung künstlicher Arme wird von der Berufsgenossenschaft zuweilen abgelehnt, weil diese Prothesen zu irgend einer nennenswerten Arbeitsverrichtung nicht geeignet sind. Dies ist zuzugeben. Aber es ist doch zu bedenken, daß der künstliche Arm der Umgebung des Verletzten seine für manche Laien abstoßende Verstümmelung verdeckt, dadurch seine Angebotsfähigkeit hebt und die Möglichkeit, sich auf dem Markte des allgemeinen Erwerbslebens ein Fortkommen zu schaffen, vergrößert. Von diesem Gesichtspunkte aus sind Berufsgenossenschaften von den zuständigen Schiedsgerichten wiederholt durch Verurteilung zur Lieferung künstlicher Arme angehalten worden.

Die Pflicht zur Gewährung derartiger Heil- und Hilfsmittel schließt die Verpflichtung zur Instandhaltung und Erneuerung derselben in sich, vorausgesetzt, daß keine schuldhafte (mutwillige oder

grob fahrlässige) Zerstörung oder Beschädigung vorliegt. Nebenbei bemerkt, kann diese Verpflichtung nicht durch Gewährung einer entsprechend höheren Rente abgelöst werden.

Für die Praxis ergibt sich aus obigem noch folgendes: Hat die Festsetzung einer Rente mit Rücksicht auf die Angewöhnung an einzelne von der Berufsgenossenschaft gelieferte künstliche Gliedmaßen stattgefunden, so kann die Verweigerung ihrer Neubeschaffung oder Ausbesserung gegebenenfalls den Antrag auf Erhöhung der Rente begründen. Umgekehrt rechtfertigt die völlige Gewöhnung an den Gebrauch passender Ersatzstücke eine Minderung der bis dahin gewährten Rente.

Von dem Ersatz sind Kosten für Reparaturen ausgeschlossen, die unter normalen Verhältnissen ebenfalls erforderlich werden würden (z. B. das Schadhaftwerden der Sohle eines gelieferten orthopädischen Stiefels infolge gewöhnlicher Abnutzung).

Neben dem Heilverfahren ist als Schadenersatz eine Rente — entsprechend dem Grade der Erwerbsminderung — für die Dauer derselben zu gewähren. Einmalige Entschädigung in Form eines hohen Schmerzensgeldes, wie es in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten vorkommt, kennt die staatliche Unfallgesetzgebung nicht. Solange eine durch Unfallsfolgen hervorgerufene Erwerbseinbuße besteht, findet die diese ausgleichende Rentengewährung statt. Es verschlägt hierbei nichts, wenn nach menschlichem Ermessen der Verletzte früher oder später auch ohne diesen Unfall (z. B. durch Fortschreiten eines bereits bestehenden körperlichen Leidens, Steigerung der Altersbeschwerden) demselben Grade der geminderten Erwerbsfähigkeit verfallen wäre.

Der 20-jähr. Wittwe eines durch Unfall getöteten 70-jähr. Mannes wird die Hinterbliebenenrente bis zu ihrem, sagen wir im 60. Jahre erfolgenden Ableben gezahlt, wiewohl nach menschlicher Voraussicht anzunehmen ist, daß der Tod ihren Ernährer auch ohne den Unfall innerhalb seines nächsten Dezenniums abberufen hätte.

Umgekehrt kann eine wegen bestimmter Folgen, z. B. eines Armverlustes, gewährte Rente später nicht deswegen erhöht werden, weil die Erwerbsunfähigkeit durch außerhalb des Unfalles liegende Leiden (Erblindung, Schlaganfall) eine vollkommene wird, oder weil sich die Wirkung der Unfallsfolgen auf Grund zunehmender Altersschwäche schwerer bemerkbar macht.

Hier sei aber gleich hervorgehoben, daß die gleichen Unfallsfolgen bei einem alten oder kränklichen Arbeiter für die erste Rentenfestsetzung höher eingeschätzt zu werden pflegen als bei einem jungen und rüstigen. Besteht doch bei diesem die Vermutung, daß er sich an die Folgen des Schadens leichter gewöhnen oder dieselben durch Aufsuchen anderer Arbeitsgelegenheit leichter überwinden kann.

Viele ärztliche Gutachten verstoßen gegen den Grundsatz, daß die Rentengewährung aus dem Gewerbeunfall-Versicherungsgesetz ausschließlich für die Folgen des Unfalls eintritt, nicht aber für selbständige, mit demselben außer Zusammenhang stehende Leiden. Es ist dies eine Verwechslung mit der Handhabung des Invalidenversicherungsgesetzes, wo bei Einschätzung der Erwerbsunfähigkeit sämtliche Leiden und Gebreste in Betracht zu ziehen sind, hier umgekehrt selbst die aus einem Unfall bereits entschädigten.

Die Renten zerfallen in Vollrenten bei völliger und in Teilrenten bei teilweise geminderter Erwerbsfähigkeit. Die Vollrente beträgt $66^2/_3$ Proz. = $^2/_3$ des Jahresarbeitsverdienstes; die Teilrente denjenigen Teil der Vollrente, der dem Grade der vorliegenden Erwerbseinbuße entspricht. Es ist also zu beachten, daß auch bei Bezug der Vollrente der Verletzte einen Ausfall von mindestens einem Drittel seines früheren Einkommens erleidet, daß er also gewissermaßen ein Drittel des Schadens trägt, während die Berufsgenossenschaft für zwei Drittel aufkommt. Eine einmalige Abfindung ist nur dann zulässig, wenn die gewährte Rente 15 Proz. nicht übersteigt. Im allgemeinen gewähren die Berufsgenossenschaften den 5—6-fachen Jahresbetrag. Es bedarf also einer gewissenhaften Überlegung des Arztes, ob er seinem Patienten gegebenenfalls zur Annahme einer Abfindungssumme raten will.

Nur wenn zu der Erwerbsunfähigkeit noch vollkommene Hilflosigkeit, von der gleich näher die Rede sein wird, tritt, so daß der Verletzte dauernd fremder Wartung und Pflege bedürftig ist, ist die Vollrente von $66\,^2/_3$ bis zu 100 Proz. des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen. Er ist also dann unter Umständen in der Lage, wieder sein volles früheres Einkommen zu beziehen.

Hilflosigkeit wird im allgemeinen bei Blinden und Geisteskranken zuzugestehen sein. Der Beurteilung der Hilflosigkeit wird diejenige Auffassung zugrunde gelegt, die in der Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit vom 13. Oktober 1904 folgendermaßen ausgesprochen ist:

„Völlige Hilflosigkeit ist dann anzunehmen, wenn der Verletzte an das Bett gefesselt ist und gleichzeitig wegen schwerer Krankheitserscheinungen (z. B. Gebrauchsunfähigkeit der Hände, Schwerbeweglichkeit selbst im Bett, unwillkürlichen Abgang der körperlichen Ausscheidungen aus Blase oder Mastdarm oder durch ähnliche Zustände, die mit schwerem Siechtum verbunden sind) unausgesetzter Abwartung bedarf; teilweise Hilflosigkeit liegt vor, wenn der Verletzte nur in bestimmter Richtung, z. B. beim Essen oder bei der Fortbewegung oder beim Verkehr mit der Umgebung (Blindheit, Stummheit) der Hilfe anderer bedarf. Je beschränkter das Gebiet, je kürzer die Zeit,

für welche Wartung und Pflege täglich erforderlich ist, um so geringer ist der Grad der teilweisen Hilflosigkeit anzunehmen."

Tritt als Unfallsfolge der Tod ein, so erwächst unbeschadet der vorangegangenen Leistungen den Berufsgenossenschaften die nachstehende Verpflichtung: An Sterbegeld ist der 15. Teil des Jahresarbeitsverdienstes, mindestens jedoch ein Betrag von 50 M. zu zahlen. Den Hinterbliebenen steht eine Rente zu, und zwar der Witwe bis zu ihrem Tode oder ihrer Wiederverheiratung, den Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahre je 20 Proz. des Jahresarbeitsverdienstes. Diese Renten dürfen zusammen 60 Proz. des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen. Unehelichen, nachträglich nicht legitimierten Kindern eines verstorbenen Mannes steht dieser Anspruch nicht zu, wohl aber dem unehelichen Kinde einer durch Unfall zu Tode gekommenen ledigen weiblichen Person.

Zu den Hinterbliebenen in diesem Sinne gehören auch im Falle der Bedürftigkeit Verwandte der aufsteigenden Linie, ebenso elternlose Enkel, falls der Verstorbene ihren Lebensunterhalt ganz oder überwiegend bestritten hat. Die Höchstgrenze der Rente beträgt in diesen Fällen 20 Proz. des Jahresarbeitsverdienstes. Der Berechtigung der Enkel geht die der Aszendenten, der Berechtigung dieser die der Ehegatten und Kinder voran. Aber nur, wenn die diesen zustehende Hinterbliebenenrente nicht in der zulässigen Höhe von 60 Proz. absorbiert wird, kann den entfernteren Verwandten die Wohltat der Hinterbliebenenrente zuteil werden.

Die gleiche Rente steht den Angehörigen des Verletzten zu, solange sich derselbe zum Zwecke des Heilverfahrens in einer Heilanstalt befindet. Zu ihrer Festsetzung muß die Ehefrau der Berufsgenossenschaft ihre Heiratsurkunde, sowie die Geburtsurkunden der noch nicht 15 Jahre alten Kinder einreichen. Diese Zeugnisse müssen von den zuständigen Behörden gebühren- und stempelfrei ausgestellt werden.

Die Art und Weise, wie der Jahresarbeitsverdienst von den Berufsgenossenschaften ermittelt und festgesetzt wird, ist vielen Rentenbewerbern völlig unbekannt. Manche nutzlose Berufung könnte erspart bleiben, wenn ihnen von seiten ihres Arztes eine sachgemäße Unterweisung zuteil geworden wäre.

Als Jahresarbeitsverdienst wird diejenige Summe angenommen, die der Verletzte während des dem Unfalltage unmittelbar vorangegangenen vollen Jahres in dem unfallbringenden Betriebe an Lohn oder Gehalt bezogen hat. Hierbei kommt ein 1500 M. übersteigender Betrag nur mit einem Drittel in Anrechnung. Erreichte also z. B. das Jahreseinkommen die Höhe von 2100 M., so beträgt der anrechnungsfähige (gekürzte) Jahresarbeitsverdienst $1500 + {}^{600}/_{3} =$ 1700 M.

Voraussetzung ist also, daß der Verletzte ein volles Jahr in dem Betriebe beschäftigt war. Ist dies nicht der Fall, so wird der Jahresarbeitsverdienst eines im selben oder in einem benachbarten gleichartigen Betriebe ein volles Jahr lang beschäftigt gewesenen gleichwertigen Arbeiters herangezogen. Infolgedessen hat ein Arbeiter, der vorübergehend eine geringer entlohnte Arbeit verrichtet und bei dieser zu Unfall kommt, einen erheblichen Schaden durch Zugrundelegung dieses — von ihm nur vorübergehend bezogenen — geringeren Verdienstes.

Die Ermittelung des Jahresarbeitsverdienstes kann unter Umständen noch in anderer Weise stattfinden, z. B. bei Tagelöhnern durch Berechnung des 300-fachen des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes, bei Lehrlingen, deren geringe Entlohnung hinter dem ortsüblichen Tagelohn zurückbleibt, durch Zugrundelegen des letzteren.

Diese einzelnen Modifikationen hier zu erörtern, würde zu weit führen. Es genüge der Hinweis, daß nicht in allen Fällen sich der Jahresarbeitsverdienst mit dem tatsächlichen persönlichen Einkommen des Verletzten deckt, wie bei kürzerer als einjähriger Tätigkeit in dem Unfallbetriebe oder bei einem 1500 M. überschreitenden Einkommen.

Die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft, für den Verletzten einzutreten, beginnt mit dem Ablauf der 13. Woche. Nun gibt es aber eine Reihe von Unfallsfolgen, deren Heilung bezw. Beseitigung schon innerhalb dieses Zeitraumes, vor Ablauf der 13. Woche, erfolgt. Mit dem beendeten Heilverfahren hört der Bezug des Krankengeldes auf, die verminderte Erwerbsfähigkeit aber macht sich noch unter Umständen bemerkbar. In solchen Fällen ist die Berufsgenossenschaft verpflichtet, auch innerhalb der ersten 13 Wochen, Rente zu gewähren, und zwar beginnend mit dem Tage, an dem der Anspruch auf Krankengeld fortfällt. Hieran ist aber die Bedingung geknüpft, daß die Erwerbseinbuße über die 13. Woche, nach deren Ablauf die Berufsgenossenschaft sonst erst einzutreten hätte, wirklich hinausgeht. Für Unfallverletzungen, die innerhalb der ersten 13 Wochen heilen und keine Erwerbseinbuße zeitigen, haben die Berufsgenossenschaften von Gesetzes wegen keinerlei Entschädigung zu leisten. Sie können indes die mangelnde gesetzliche Verpflichtung durch ihr Statut sich selbst auferlegen.

Verfolgen wir nun an der Hand der bisherigen Ausführungen weiter den Gang des Entschädigungsverfahrens bei einem erlittenen Unfall.

Die Berufsgenossenschaft tritt auf Grund der ihr vorgelegten, auf nachstehendem Formular erstatteten Unfallanzeige in die geschäftsmäßige Behandlung des Falles.

Berufsgenossenschaft: ....
Sektion: .... Vertrauensmann: ....
Betriebsunternehmer: (Name, Stand, Firma, Betriebssitz [Ort, Straße, Hausnummer]) ....
.... Genossenschaftskataster Nr. .... (vergl. Mitgliedsschein).

Unfall-Anzeige

an[1]) die Ortspolizeibehörde zu ....
Kreis (Amt etc.) ....

Zur Beachtung.

Bei Vermeidung der gesetzlichen Strafe ist von jedem in einem versicherten Betriebe vorkommenden Unfall, durch welchen eine in demselben beschäftigte Person getötet wird oder eine Körperverletzung erleidet, welche eine völlige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, von dem Betriebsunternehmer Anzeige zu erstatten:

1. bei der Ortspolizeibehörde, in deren Bezirke sich der Unfall ereignet hat oder — bei Unfällen auf der Reise — der erste Aufenthalt nach dem Unfalle genommen wird, und
2. bei dem durch das Statut bestimmten Genossenschaftsorgane (Genossenschafts-, Sektionsvorstand, Vertrauensmann).

Die Anzeige muß binnen drei (für das Gebiet der Seeunfallversicherung binnen zwei) Tagen nach dem Tage erfolgen, an welchem der Betriebsunternehmer von dem Unfall Kenntnis erlangt hat.

Für den Betriebsunternehmer kann derjenige, welcher zur Zeit des Unfalls den Betrieb oder den Betriebsteil, in welchem sich der Unfall ereignete, zu leiten hatte, die Anzeige erstatten; im Falle der Abwesenheit oder Behinderung des Betriebsunternehmers ist er dazu verpflichtet.

Für jede verletzte oder getötete Person ist ein besonderes Anzeige-Formular auszufüllen.

1. Wochentag, Datum, Tageszeit und Stunde des Unfalls	....
2. a) Bezeichnung (Gegenstand) des Betriebes und b. Betriebsteil (Betriebszweig), in welchem der Verletzte den Unfall erlitt — möglichst nach der Bezeichnung (Ziffer) des Gefahrentarifs, wo ein solcher vorhanden ist —. c) Unfallstelle (Ort, Straße, Hausnummer etc.).	a) .... b) .... c) ....
3. a) Vor- und Zuname, Wohnort, Wohnung der getöteten oder verletzten Person (bei minderjährigen Personen auch des Vaters oder Vormundes). b) Im Betriebe beschäftigt als (Art der Beschäftigung, Arbeitsposten)? c) Tag, Monat, Jahr der Geburt (wenn unbekannt, ungefähre Angabe des Lebensalters)? d) Ledig, verheiratet, verwitwet?	a) .... b) .... c) .... d) ....
4[2]) a) Genaue Bezeichnung der Art der Verletzung und der verletzten Körperteile (rechts und links zu unterscheiden). b) Ist der Verletzte durch den Unfall getötet? c) Wird die Verletzung voraussichtlich den Tod, oder d) eine (irgendwelche) Beeinträchtigung der Erwerbs- (Arbeits) fähigkeit von mehr als 13 Wochen zur Folge haben?	a) .... b) .... c) .... d) ....

1) In der Anzeige an das Genossenschaftsorgan ist dessen Adresse an die Stelle zu setzen.
2) Wenn möglich, nach den Angaben des Arztes.

5. a) Ist für die Behandlung gesorgt durch Aufnahme in ein Krankenhaus (genaue Bezeichnung desselben)? oder durch anderweitige ärztliche Behandlung (zu Hause etc.)? Name, Wohnort, Wohnung { I. des behandelnden, II. des zuerst zugezogenen Arztes b) Arbeitet der Verletzte trotz der Verletzung weiter?	a) .... I. .... II. .... b) ....
6. a) Gehört der Verletzte einer Krankenkasse an? (Genaue Bezeichnung und Sitz der Kasse) b) Bezieht der Verletzte schon Unfall-, Invaliden- oder Altersrente?	a) .... b) ....
7. Veranlassung und Hergang des Unfalls. Hier ist eine möglichst eingehende Schilderung des Unfalls zu geben. Insbesondere ist die Arbeitsstelle (zum Beispiel: Werkstätte, Wald, Feld, Stall usw.), wo, sowie die Arbeit (Maschine etc.), bei welcher sich der Unfall ereignet hat, genau zu bezeichnen, geeignetenfalls unter Beifügung einer erläuternden Zeichnung.	
8. a) Augenzeugen des Unfalls b. Anderweitige Personen, die zuerst von dem Unfall Kenntnis erhalten haben } Vor- und Zuname, Stand Wohnort, Wohnung	a) .... b) ....
9. Etwaige Bemerkungen (z. B. Angabe von Vorkehrungen zur Verhütung ähnlicher Unfälle. War der Verletzte schon vor dem Unfalle ganz oder teilweise erwerbsunfähig? und anderes mehr).	....

(Ort)..............., den.....ten..............190.....

Name des die Anzeige erstattenden Unternehmers oder Betriebsleiters.

....

Mit der Bestätigung der eingegangenen Unfallanzeige erhält der Betriebsunternehmer die Aufforderung, von der eventuellen Genesung des Verletzten Kenntnis zu geben. Gleichzeitig wird er daran erinnert, daß er den sogenannten „Unfallzuschuß" aus seinen Mitteln der Krankenkasse zu ersetzen haben wird. Unfallverletzte Arbeitsunfähige erhalten nämlich vom Beginn der 5. bis zum Ablauf der 13. Woche nach Eintritt des Unfalles ein Krankengeld, das auf mindestens $^2/_3$ ihres täglichen Arbeitsverdienstes erhöht ist[1]). Erreicht das statutengemäß zu gewährende Krankengeld nicht diesen Betrag, so hat der Unternehmer diese Differenz zu tragen, unbeschadet seiner sonstigen Leistungen an die Berufsgenossenschaft.

Gehört die durch Unfall beschädigte Person keiner Krankenkasse an, so hat der Betriebsunternehmer bis zum Ablauf der 13. Woche das volle Krankengeld ebenfalls aus seinen Mitteln zu zahlen.

Mit der Unfallanzeige allein ist aber dem Verletzten nicht in jedem Falle die Garantie für eine Entschädigung aus dem Unfalle gegeben.

Erfolgt von der Krankenkasse keine Anzeige[2]), daß die Erwerbsunfähigkeit des vom Unfall Betroffenen 4 Wochen überschreitet, erstattet der Betriebsunternehmer über den Verlauf der Unfallerkrankung keine weitere Mitteilung, geht von der Ortspolizeibehörde keine Untersuchungsverhandlung[3]) ein, meldet sich endlich der Verletzte nicht persönlich, so ist die Annahme berechtigt, daß dieser innerhalb 4 Wochen von den Folgen seines Unfalles wiederhergestellt war. Man wird die Sache auf sich beruhen lassen.

Nicht die Unfallanzeige, sondern der ausdrücklich angemeldete Entschädigungsanspruch erst sichert dem Beschädigten seine Rechte.

Der Arzt muß seinen Patienten gegebenenfalls darüber belehren, denn die Entschädigungsansprüche verjähren[4]) nach Ablauf von 2 Jahren, es sei denn, daß die Unfallsfolgen erst nach dieser Zeit erkennbar wurden, oder der Berechtigte durch außerhalb seines Willens liegende Verhältnisse an der Anmeldung seines Anspruches verhindert war. In solchen Fällen muß der Entschädigungsantrag spätestens innerhalb dreier Monate gestellt werden, nachdem die Unfallsfolgen deutlich geworden oder die Hinderungsgründe fortgefallen sind.

Die häufig in den Untersuchungsverhandlungen zu lesenden Erklärungen der Verletzten: „Ich behalte mir meine Ansprüche vor", oder „ich erhebe meine Ansprüche erst, wenn die Unfallsfolgen die Erwerbsunfähigkeit beeinträchtigen werden" gelten nach Entscheid-

---

1) § 12 G.U.V.G.
2) § 76b des K.V.G. vom 15. VI. 1883.
3) § 64 G.U.V.G.
4) § 72 G.U.V.G.

ungen des Reichsversicherungsamtes[1]) nicht als Anmeldung des Anspruches. Ebensowenig ist eine Unfallanzeige[2]), die der Verletzte in Vertretung des Betriebsunternehmers selbst unterzeichnet hatte, als Ersatz der Anspruchsanmeldung anerkannt worden.

Gelangt die Berufsgenossenschaft in irgendeiner Weise zu der Kenntnis, daß die Folgen eines nicht strittigen Betriebsunfalles eine über 13 Wochen hinaus währende Erwerbseinbuße zeitigen werden, so erfolgt die Feststellung[3]) der an diesem Zeitpunkte beginnenden Entschädigung von Amts wegen in beschleunigtem Verfahren. Sie erfordert von dem Betriebsunternehmer die Lohnnachweisung des zu Schaden gekommenen Arbeiters[4]), um aus ihr den anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienst zu ermitteln. Gleichzeitig wird sie sich durch eingeholte ärztliche Gutachten über den körperlichen Zustand des Verletzten auf dem Laufenden halten. Hiernach kann sie sich entscheiden, ob sie die weitere Behandlung dem Kassenarzte bezw. dem Krankenhause auch fernerhin überläßt, ob sie sie einem von ihr zu bestimmenden anderen Arzte anvertraut, oder ob sie den bisher ambulant Behandelten einem Krankenhause überweist.

Wir haben oben gesehen, daß die Verletzten sich zur Vermeidung von materiellem Schaden diesen Anordnungen zu fügen haben.

Soll auf Grund eines beliebigen ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt, oder nur eine Teilrente festgesetzt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnis, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören. Die Auslegung dieser Gesetzesvorschrift hat in ärztlichen Kreisen lebhafte Meinungsäußerungen hervorgerufen, und noch heute ertönt aus ihnen vielfache Klage über vermeintliche Verletzung oder Nichtbeachtung derselben.

Es ist klar, daß sich, nach dem Wortlaut des Gesetzes, bei Bewilligung der Vollrente eine Äußerung des behandelnden Arztes erübrigt. Trotzdem wird es den späteren Beurteilern bei irgendwie erheblichen Verletzungen ihre Aufgabe erleichtern, wenn sie die wertvollen Aufzeichnungen des erstbehandelnden Arztes, insbesondere den ersten Status gleich nach der Verletzung in den Akten vorfinden.

Das Reichsversicherungsamt hat den Zweck dieser Gesetzesvorschrift — den behandelnden Arzt zu hören — dahin erläutert, daß damit die unmittelbare Einwirkung des Unfalls und die erste Entwicklung seiner Folgen festgelegt werden sollte, um zuverlässige Anhaltspunkte für die Beurteilung des weiteren Einflusses des Unfalls zu sichern. Deshalb habe sich die Befragung des behandelnden

---

1) Rek.-Entsch. des R.V.A. vom 20. IX. 1906.
2) Rek.-Entsch. des R.V.A. vom 25. X. 1906.
3) § 71 G.U.V.G.
4) vergl. S. 20.

Arztes in erster Linie darauf zu richten, was er von seiner Behandlung auf Grund seiner eigenen Wahrnehmung her weiß. Die Äußerung erfolgt also regelmäßig lediglich aus der Erinnerung, unterstützt durch die Aufzeichnungen, nicht aber auf Grund einer besonderen neuen Untersuchung. Im Falle der richterlichen Vernehmung ist der behandelnde Arzt daher nur als sachverständiger Zeuge zu vernehmen (§ 414 der Z.P.O.). Zu dieser Vernehmung kann er nach den Vorschriften über den Zeugenbeweis gezwungen werden, sofern er nicht durch seine Mitteilungen die Pflicht zur Verschwiegenheit verletzt.

In den Fällen einer späteren Rentenänderung zwingt das Gesetz nicht zum Hören des behandelnden Arztes.

Die Auffassung, daß unter einem „Hören" des behandelnden Arztes eine gutachtliche Äußerung über die Entstehung, den Verlauf des Leidens und über den erhobenen Befund verstanden werden müsse, hat das Reichsversicherungsamt nicht anerkannt. Durch eine Bescheinigung über die Art der Verletzung werde bereits jener gesetzlichen Vorschrift genügt. Dieselbe fordere nur, daß der behandelnde Arzt in jedem Falle zum Worte gelangt. In welcher Form und in welchem Umfange das „Hören" zu erfolgen hat, richte sich nach den Umständen des Einzelfalles. Es würde zu einem mit dem Geist und Wesen der Arbeiterversicherung unvereinbaren Formalismus führen, sollten die Instanzen der Unfallversicherung gezwungen sein, in allen Fällen eine ausführliche Äußerung eines Arztes herbeizuziehen, dessen Ansicht vielleicht längst durch andere Ereignisse oder durch Anhörung besonders sachverständiger Gutachter belanglos geworden ist.

Das „Hören" ist aber andererseits auch nicht dahin zu verstehen, daß dem Arzte nur — etwa als ein ihm zustehendes Recht — anheimgestellt werde, sich zu äußern, und daß es in seinem Belieben stünde, von dieser Befugnis Gebrauch zu machen oder nicht. Der Gesetzgeber wollte mit der in Rede stehenden Bestimmung die Interessen der Verletzten, nicht die Rechte der Ärzte schützen. Die über die Unfallfolgen erlangte Kenntnis mitzuteilen, ist der behandelnde Arzt nicht berechtigt, sondern verpflichtet. Denn er wird über die häufig schwer zu beantwortende Frage, ob ein Leiden erst durch den Unfall entstanden ist oder schon vorher bestanden hat, am besten Aufschluß geben können. Gelegentlich wird er auch in der Lage sein, über andere für die Beurteilung des Falles wichtige Fragen Angaben zu machen. Außerdem ist die Anhörung des behandelnden Arztes geeignet, ein etwaiges Mißtrauen des Verletzten gegen die Unparteilichkeit der Berufsgenossenschaften bei der Rentenfestsetzung in diesem einen Punkte zu entkräften. Zweck und Inhalt der gedachten Gesetzesvorschrift kann also nur dahin aufgefaßt werden, daß den Berufsgenossenschaften die Pflicht obliegt, den behandelnden Arzt zur Abgabe einer sachgemäßen Äußerung zu veranlassen und

demgemäß auch die hierdurch entstehenden Kosten zu tragen. Es wird den Geschäftsgang erleichtern, wenn die Berufsgenossenschaft den Arzt bei Einholung der Äußerung nicht in Zweifel läßt, daß er angemessene Honorierung seiner Auskunft zu gewärtigen habe.

Ist ein Verletzter hintereinander von verschiedenen Ärzten behandelt worden, so ist nicht immer die Anhörung aller dieser Ärzte erforderlich. Es muß dem pflichtmäßigen Ermessen der Berufsgenossenschaft anheimgestellt werden, denjenigen Arzt oder diejenigen Ärzte auszuwählen, welche nach Lage des Einzelfalles als „behandelnde Ärzte" im Sinne dieser Vorschrift in Betracht kommen. Es ist also keineswegs erforderlich, daß der erstbehandelnde Arzt gehört wird, wenn derselbe nur kurze Zeit die Behandlung leitete und nicht etwa in höherem und zuverlässigerem Grade als die anderen imstande ist, sachdienliche Erklärungen abzugeben.

Übergeht die Berufsgenossenschaft hierbei einen Arzt, der infolge seiner Behandlung in der Lage ist, der Sachbeurteilung dienliche wesentliche Aufklärungen zu geben, so verstößt sie gegen das vorgeschriebene Verfahren. Es liegt dann nicht nur eine von den weiteren Instanzen auszugleichende Unvollständigkeit der sachlichen Klarstellung vor, sondern das Verfahren leidet an einem „wesentlichen Mangel", der die Zurückverweisung der Streitsache an die Vorinstanz rechtfertigt.

Die Berufsgenossenschaft hat ihrer Verpflichtung, den behandelnden Arzt zu hören, nicht genügt, wenn sie nach wiederholtem vergeblichen Ersuchen um Äußerung nicht das Institut der Rechtshilfe — die Vernehmung durch das Amtsgericht — in Anspruch nimmt. Das Verlangen des zu hörenden behandelnden Arztes, daß ihm die Unfallakten vorgelegt werden, ist gesetzlich nicht begründet.

Bei mehreren Berufsgenossenschaften hat sich die nachahmenswerte Praxis herausgebildet, das Hören des behandelnden Arztes unter Umständen in der Weise herbeizuführen, daß sie ihm das für die Rentenfestsetzung maßgebende Gutachten ihres Vertrauensarztes mit der Anfrage vorlegen, ob gegen dasselbe begründete Bedenken geltend zu machen seien.

Bezüglich des oben erwähnten Vertragsverhältnisses hat das Reichsversicherungsamt folgenden Grundsatz aufgestellt: Ärzte, mit welchen eine Berufsgenossenschaft lediglich ein Abkommen über die Honorierung der von ihr verlangten Gutachten getroffen hat, stehen nicht in einem Vertragsverhältnis zu derselben. Denn dies bedingt keine Abhängigkeit von der Berufsgenossenschaft, die die Unparteilichkeit des Arztes beeinflussen könnte.

Muß bei bestehendem Vertragsverhältnis ein anderer Arzt gehört werden, so ist dessen Auswahl der Berufsgenossenschaft anheimgestellt.

Dieselbe ist keineswegs an Anträge des Verletzten, eine bestimmte berühmte Autorität zu hören, gebunden.

Das ärztliche Gutachten ist mit die wichtigste Grundlage für das Rentenfeststellungsverfahren und von einschneidender Wirkung. Ergibt sich aus ihm der Abschluß des Heilverfahrens innerhalb der ersten 13 Wochen, aber eine diese Zeitspanne überschreitende Erwerbsbehinderung des Verletzten, so kommt es zur Rentenfestsetzung für denselben [1]). Währt die ärztliche Behandlung über 13 Wochen, so ist zunächst eine Feststellung der Entschädigung bis zum Ablauf des Heilverfahrens vorzunehmen. Wir sahen, daß neben dem ambulanten Heilverfahren eine Rente, wohl meist die Vollrente, bei Unterbringung in eine Anstalt neben dieser Art der Fürsorge die Angehörigenrente Platz zu greifen hat.

Ein Heilverfahren ist so lange nicht als abgeschlossen zu betrachten, als nach sachverständiger Anschauung noch Aussicht auf Besserung der Unfallsfolgen oder weitere Hebung der Funktionsfähigkeit eines verletzt gewesenen Gliedes besteht. Daraus folgt, daß andererseits ein Heilverfahren nicht beliebig lange nach dem Wunsche des Verletzten oder des Arztes — ut aliquid fiat — fortgesetzt werden kann. Es muß ein greifbarer Erfolg nach allgemein ärztlichem Urteil nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich sein. Unberührt bleibt hiervon die Gepflogenheit, dem Verletzten aus Gründen der Humanität neben dem Rentenbezug zu gestatten, von Zeit zu Zeit seinen Arzt zu konsultieren, wenn dies aus psychischen oder anderen Gründen dazu angetan erscheint, wenigstens das subjektive Befinden des Kranken zu heben.

Da nach dem Wortlaut des Gesetzes die Rente nur für die Dauer der teilweise geminderten oder völligen Erwerbsunfähigkeit gewährt wird, so ergibt sich daraus, daß eine Rente niemals auf Lebenszeit zugesprochen werden kann. Ebensowenig ist es zulässig, die Zeit des Rentenbezuges im voraus auf eine bestimmte Zeit zu begrenzen, etwa in der Annahme, die die Erwerbseinbuße bedingenden Unfallsfolgen würden inzwischen abklingen. Auch darf die Rente nicht von vornherein für einzelne in der Zukunft liegende Zeitabschnitte in verschiedener Abstufung festgesetzt werden, z. B. in der Form, daß dem Erwerbsbeeinträchtigten während der ersten 6 Monate 30 Proz., für das folgende Halbjahr nur 15 Proz. Rente zustehen sollen.

Die gesetzlich nicht vorgesehene Bezeichnung einer Rente von seiten der Berufsgenossenschaft als „Dauerrente" kat keine rechtliche Wirkung und schließt gegebenenfalls die spätere Kürzung oder Aufhebung der Rente nicht aus [2]).

---

1) Siehe S. 25.
2) Rek.-E. R.V.A. vom 7. XII. 1907.

Eine anderweitige Feststellung[1]) darf nur erfolgen, wenn in den Verhältnissen, welche der Entschädigung zugrunde gelegt waren, eine wesentliche Veränderung eintritt. Dies ist auch dann statthaft, wenn die frühere Rente auf Grund eines vor dem Schiedsgericht abgeschlossenen Vergleiches festgesetzt war.

Hierbei gilt die Beschränkung, daß die Rente durch die Berufsgenossenschaft jedesmal nur in den Zeiträumen von einem Jahre geändert werden kann, wenn seit der rechtskräftigen Feststellung der ersten Rente 2 Jahre verstrichen sind. Sind 5 Jahre seit diesem Zeitpunkte vergangen, ist nicht mehr die Berufsgenossenschaft, sondern die höhere Instanz, das Schiedsgericht, für Rentenänderungen zuständig. Die Interessenten haben sich also an dieses mit einem Antrage zu wenden.

Die wesentliche Veränderung der Verhältnisse — soweit sie für den Arzt von Belang ist — wird hauptsächlich in einer Steigerung oder weiteren Minderung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten durch fortschreitende Besserung oder wieder eintretende Verschlechterung seines körperlichen Zustandes liegen. Sie rechtzeitig zu erkennen und nachzuweisen, bedarf es der Nachuntersuchung und erneuter ärztlicher Begutachtung. Wir werden später sehen, welche Klippen den hierbei zu erstattenden Gutachten drohen. Eine wesentliche Veränderung liegt aber nicht vor, wenn sich die Arbeits- und Lohnverhältnisse ändern, oder wenn sich vom Unfall unabhängige Krankheiten entwickeln. Gewöhnung und Anpassung an die verbleibenden Unfallsfolgen stellt sich als Besserung des Zustandes dar und rechtfertigt eine Rentenminderung[2]).

Alle ihre Beschlüsse geben die Berufsgenossenschaften den Entschädigungsberechtigten durch einen formellen „Bescheid“ kund. Wird das Vorliegen eines entschädigungspflichtigen Betriebsunfalles bestritten, so sind hierfür die Gründe anzugeben. Im Falle des Schadenersatzes muß der Bescheid den Zeitbeginn und die Höhe der Entschädigung sowie alle für diese Berechnung maßgebend gewesenen Unterlagen (Jahresarbeitsverdienst, ärztliches Gutachten, Grad der Erwerbsunfähigkeit u. s. f.) deutlich erkennen lassen, so daß der Rentenempfänger eine Nachprüfung vornehmen kann. Die Gewährung der freien Kur und Verpflegung in einem Krankenhause, der Angehörigenrente, wie der Änderung einer Rente sind ebenfalls durch „Bescheid“ bekanntzugeben.

Der „Bescheid“ soll eine Rechtsmittelbelehrung enthalten. Aus dieser muß hervorgehen, daß gegen den Bescheid die Berufung bei dem zuständigen (genau zu bezeichnenden) Schiedsgericht zulässig ist, daß hierfür aber nur eine Frist von einem Monat nach dem Zustel-

1) § 88 des G.U.V.G.
2) Vergl. S. 18.

lungstage des Bescheides gewährt wird. Die genaueste Beachtung des letzten Punktes kann der Arzt seinem Klienten nicht dringend genug ans Herz legen. Die einen verstehen den Begriff der „Frist“ im gerichtlichen Verfahren nicht, sie ahnen nicht, daß nach ihrem Ablauf der Inhalt des Bescheides rechtskräftig und somit in diesem Verfahren unabänderlich ist. Er kann nicht einmal von der Berufsgenossenschaft selbst aufgehoben werden, wenn dieselbe nachträglich zu der Erkenntnis kommt, daß man dem Verletzten bezüglich der prozentualen Abschätzung nicht genügend gerecht geworden ist. Denn erst, wenn in den Verhältnissen, die diesem Bescheide zugrunde lagen, eine wesentliche Veränderung eintritt, nicht aber wenn sich ergibt, daß lediglich die Beurteilung der Verhältnisse eine irrige — vom Verletzten aber nicht rechtzeitig durch Berufung angegriffene — war, kann eine Rentenänderung vorgenommen werden.

Der Erteilung dieses Bescheides hat eine Mitteilung über die beabsichtigte Ablehnung oder Bewilligung der Entschädigung voranzugehen, wobei gleichzeitig die maßgebenden Grundlagen bekannt zu geben sind. Hierzu dürfen sich die Entschädigungsheischenden äußern. Eine gegen derartige Vorbescheide eingelegte Berufung ist völlig wirkungslos und sichert nicht die Rechte. Versäumt dann der Verletzte im irrigen Glauben, bereits alles Erforderliche getan zu haben, gegen den nachfolgenden, ihn nicht zufriedenstellenden „Bescheid“ mit der Berufung die Berufungsinstanz — das Schiedsgericht — anzugehen, so wird dieser Bescheid rechtskräftig.

Gelangt der Arzt zu der Überzeugung, daß die seinem Klienten gewährte Entschädigung zu gering sei, so rate er ihm, die Berufung einzulegen. Dabei warne er ihn aber vor der Inanspruchnahme von Winkelkonsulenten, Rechtsbureaus und ähnlichen Instituten. Gewöhnlich verstehen diese Berater sehr wenig oder gar nichts von den verschlungenen Pfaden der Unfallgesetzgebung. Sie malen die Unfallsfolgen grau in grau, so daß der Unfallverletzte, den sein Arzt bereits das Vorgebirge der Mutlosigkeit glücklich umschiffen half, wieder zu der Überzeugung gelangt, im Erwerbsleben sei für ihn kein Platz mehr. Daß diese Art Rechtsvertreter die mangelnde Stichhaltigkeit ihrer Gründe durch einen unflätigen Ton zu ersetzen sucht, kann bei ihrem tiefen Bildungsniveau nicht wundernehmen. Obendrein beuten sie ihren Mandanten in schamlosester Weise durch ganz unverhältnismäßig hohe Preisforderungen für ihr Geschreibsel aus. Mir erklärte einmal ein Rentenbewerber, der im günstigsten Falle eine Jahresrente von 120 M. zu erwarten hatte, nach seiner Untersuchung, daß er von dem unmanierlichen Tone des von ihm unterzeichneten aber nicht gelesenen Berufungsschreibens keine Ahnung gehabt hätte. Durch die übertriebene Schilderung seines Leidens stehe er nun als Lügner da. Für das Schreiben hätte er sofort 5 M. erlegen müssen und einen

Verpflichtungsschein zu unterzeichnen gehabt, wonach er im Falle eines obsiegenden Urteiles an den „Rechtskundigen“ noch weitere 150 M (!) zu zahlen hätte. Durch sachgemäße Belehrung unserer verletzten Arbeiter können wir Ärzte dem gewissenlosen Treiben derartiger dunkler Existenzen ein energisches „Halt!“ gebieten. Im Gegensatz dazu fallen die von den Arbeitersekretariaten unentgeltlich gefertigten Berufungen durch Sachkenntnis und Sachlichkeit in angenehmer Weise auf.

Sendet der mit der Festsetzung seiner Entschädigung Unzufriedene den erhaltenen Bescheid auch nur mit der Bemerkung, daß er sich dabei nicht beruhige, innerhalb der vorgeschriebenen Frist an das zuständige Schiedsgericht, so wird das Berufungsverfahren eröffnet.

Diese „Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung“ entscheiden die Streitigkeiten auf Grund des Unfall- und Invalidengesetzes. Zur Zeit beträgt ihre Zahl 124, im allgemeinen deckt sich ihr Wirkungskreis mit dem Regierungsbezirk, in dem sie ihren Sitz haben. Im Jahre 1906 waren bei 417957 erlassenen berufsfähigen Bescheiden 92007 Berufungen bezw. Anträge von ihnen zu erledigen gewesen.

Bei der allgemeinen hohen Bedentung dieser Schiedsgerichte und dem Umfange ihrer Geschäftstätigkeit muß es auffallen, wenn es noch heute Ärzte, selbst ältere, in großer Zahl gibt, die sich bei dem Namen „Schiedsgericht für Arbeiterversicherung“ keine oder nur eine ganz unklare Vorstellung zu machen vermögen. Der Name „Schiedsgericht“, dem wir allerdings auch sonst im bürgerlichen Leben bei verschiedenen Anlässen begegnen können, mag häufig zu der irrigen Annahme beitragen, es handele sich um ein von zwei Widersachern zur Schlichtung ihres privaten Streites gewähltes Kollegium. Ein Professor, der sich in einer Beschwerde für angeblich zu geringes Honorar an das Schiedsgericht im Tone erheblich vergriffen hatte, erklärte zunächst: Ja, was geht denn das mich an, wenn sich da ein paar Maurer herumstreiten? Jedenfalls lasse ich mir mein Honorar nicht von einem Maurermeister festsetzen. Er hatte nicht erkannt, daß der Festsetzungsbeschluß von einer Behörde ausging und von einem Oberregierungsrat gezeichnet war.

Diese Schiedsgerichte sind staatliche Behörden auf gesetzlicher Grundlage. Sie stellen sich als Sondergerichte dar, die ihre Geschäfte im wesentlichen nach sinngemäßer Anwendung der Zivilprozeßordnung führen.

Nach dem Gesetz besteht jedes Schiedsgericht aus einem ständigen Vorsitzenden, der aus der Zahl der öffentlichen Beamten von der Zentralbehörde des zuständigen Bundesstaates ernannt wird. Die Entscheidungen werden in einer Besetzung von 5 Mitgliedern getroffen, dem Vorsitzenden stehen dabei je 2 Arbeitgeber und 2 Arbeit-

nehmer zur Seite. Diese Beisitzer werden von dem Ausschusse der Versicherungsanstalt und zwar zu gleichen Teilen in getrennter Wahlhandlung von den Arbeitgebern und den Versicherten gewählt.

Die Schiedsgerichte sind zum Zwecke der Rechtfindung, ähnlich den ordentlichen Gerichten, mit weitgehenden Befugnissen ausgerüstet. Sie können Zeugen und Sachverständige vernehmen und ihre Aussagen eidlich erhärten lassen. Bei Nichterscheinen oder Verweigerung ihrer Gutachten können diese in empfindliche Strafe genommen werden. Sie sind berechtigt, denjenigen Teil eines Betriebes, in dem ein Unfall vorgekommen ist, zu besichtigen. Die Kosten des Schiedsgerichts werden im allgemeinen durch den Versicherungsträger bestritten. Dem Rentenbewerber erwachsen aus der Inanspruchnahme des Schiedsgerichts keine Kosten, was wesentlich zu dem Anschwellen der zum Teil ganz ungerechtfertigten Berufungen mit beiträgt. Immerhin ist das Schiedsgericht befugt, dem Rentenbewerber solche Kosten des Verfahrens aufzuerlegen, welche durch Mutwillen oder durch ein auf Verschleppung oder Irreführung berechnetes Verhalten desselben veranlaßt worden sind.

Als Beispiel wollen wir den Geschäftsbetrieb des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung zu Berlin kurz verfolgen.

Dem Vorsitzenden [1]) steht ein Stab von 10 Regierungsräten und Assessoren als selbständigen Dezernenten je einer Abteilung zur Seite. Ein Personal von 62 Beamten erledigt die Bureauarbeit, die sich im Jahre 1907 auf 11 104 eingegangene Streitsachen zu erstrecken hatte. Beim Schiedsgericht fungieren 6 Schiedsgerichtsärzte. Als Beisitzer stehen dem Gerichte für die mündlichen Verhandlungen ungefähr 340 Herren zur Verfügung, die sich ihrer Aufgabe mit Eifer und Sachkenntnis unterziehen.

Ist gegen den Bescheid einer Berufsgenossenschaft eine Berufung eingegangen, so wird zunächst vom juristischen Standpunkte aus geprüft, ob sie den gesetzlichen Anforderungen (insbesondere Wahrung der Berufungsfrist und so fort) genügt, und danach in den Geschäftsgang gebracht. Hat der Dezernent den Eindruck, daß die vorhandenen ärztlichen Gutachten oder die sonstigen Unterlagen die Sachlage noch nicht genügend klären, so wird von noch einem ärztlichen Sachverständigen ein Gutachten erfordert, oder weiterer Beweis (z. B. über bereits vorher vorhanden gewesene Leiden oder über die Vorgänge bei einem Unfall) erhobeu. Häufig wird hier schon die Tätigkeit der schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte in Anspruch genommen mit der Frage, nach welcher Richtung hin sich noch ein Beweis vom ärztlichen Standpunkte aus zu erstrecken hat. Scheint das Material genügend geklärt, so wird die Sache in öffentlicher Sitzung verhandelt.

1) Zurzeit Oberregierungsrat v. Gostkowski.

Der Gerichtshof besteht aus 3 Komponenten. Der Vorsitzende leitet die Verhandlung und wacht insbesondere über die Beobachtung der gesetzlichen Vorschriften. Die Beisitzer — und das ist das ihre Mitwirkung so wesentlich und wertvoll Machende — werden hier für den einzelnen Sitzungstag nach Möglichkeit immer dem Industrie- oder Gewerbezweig entnommen, den diejenige Berufsgenossenschaft vertritt, deren Streitsachen verhandelt werden sollen. Betrifft die Verhandlung z. B. Berufungen gegen Bescheide der Bauberufsgenossenschaft, so gehören auch die Beisitzer dem Baugewerk an. Sie allein besitzen die Erfahrung über das Zustandekommen von Unfällen im Baubetriebe, sie vermögen bautechnische, dem Laien unverständliche Fachausdrücke zu erläutern, und sie endlich allein haben die praktische Kenntnis, welche Anforderungen die einzelnen Verrichtungen auf Bauten an die körperliche Unversehrtheit der Arbeiter stellen, was Verletzte mit den ihnen noch verbliebenen Fähigkeiten zu leisten vermögen. Endlich wird zu den meisten Sitzungen, wo es zur körperlichen Untersuchung der Kläger kommt, ein Vertrauensarzt des Gerichts hinzugezogen.

Während das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz in seiner alten Fassung die Mitwirkung der Ärzte bei den Schiedsgerichten nur insofern kannte, als dieselben in einzelnen Sachen als Sachverständige gehört wurden, bestimmt der § 8 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900: „Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahres in seiner ersten Spruchsitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Ärztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden praktischen Ärzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgericht in der Regel nach Bedarf hinzuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Ärzte sind öffentlich bekannt zu geben.“ Mit dieser Gesetzesvorschrift und der sich aus ihr ergebenden Praxis wurde das Institut des Schiedsgerichtsarztes begründet. Derselbe hat nicht etwa die Aufgabe, hier in der für die einzelne Sache bemessenen Zeit eine genaue Untersuchung des Gesamtzustandes des Rentenbewerbers vorzunehmen, einen klinischen Status aufzunehmen — wie irrtümlich häufig behauptet wird, wenn den Vertrauensärzten vorgeworfen wird, sie wären garnicht imstande, in so kurzer Zeit eine eingehende Untersuchung vorzunehmen — sondern er hat nur den vom Unfall gesetzten, in dem eingereichten Gutachten beschriebenen Zustand, den Stumpf des abgequetschten Fingers, die Versteifung des zertrümmerten Kniegelenkes, die Atrophie der Muskulatur u. s. f. nachzuprüfen und dem Gerichtshofe zu demon-

strieren. Erleichtert wird diese Feststellung dadurch, daß sich auf dem vor ihm liegenden Terminzettel hinter dem Namen des Klägers ein kurzer Vermerk über die Art der Verletzung findet, so daß der Arzt schon beim Eintritt des Klägers in den Sitzungssaal auf den beschädigten Teil sein Auge richten kann. So vermag er aus der Art des Ganges, wie den Bewegungen während des Auskleidens wertvolle Schlüsse auf den Grad der vorhandenen Funktionsbehinderung zu ziehen. Die Schiedsgerichtsärzte sind auch keineswegs Gegengutachter gegenüber den von den Berufsgenossenschaften gehörten Ärzten. Sie haben neben den streitenden Parteien, dem Versicherungsträger und dem Rentenbewerber, eine absolut unparteiische Stellung — niemand zu Leide, niemand zur Freude. Sie sind im wesentlichen Interpreten der vorliegenden Gutachten. Ihre Fachkenntnis vermag häufig die in denselben enthaltenen — dem Laien unüberbrückbar vorkommenden — scheinbaren Widersprüche zu entwirren.

Nach Erledigung gerichtlicher Formalien durch den Vorsitzenden gibt derselbe eine kurze Schilderung des vorliegenden Falles hinsichtlich Entstehungsart, währenddem der Kläger die zu untersuchende Stelle von der Bekleidung entblößt. Wir hören den ersten Befund nach dem Unfall, die Dauer des Heilverfahrens, die bisherigen Rentenbezüge u. s. f. Dann kommt es zur Verlesung desjenigen Gntachtens, das die Berufsgenossenschaft ihrem vom Kläger angefochtenen Bescheide zugrunde gelegt hat, gegebenenfalls folgt ein vom Kläger eingereichtes Gutachten oder, wenn gegenüber einem früheren Befunde eine Veränderung behauptet wird, die Verlesung des für die frühere Rentengewährung maßgebend gewesenen Gutachtens. Während dieser Zeit hat der Arzt vollauf Gelegenheit, die interessierende Stelle zu untersuchen und sich schlüssig zu machen, wieweit er auf Grund seiner Untersuchung sich den Feststellungen der verlesenen Gutachten anschließt oder von ihnen abweichen muß. Der Gerichtshof ist durch die Anwesenheit des Arztes in der Lage, sich über die Bedeutung der in ärztlichen Gutachten immer noch wiederkehrenden medizinisch-technischen, dem Laien unverständlichen Fremdwörter sofort Auskunft geben zu lassen, wodurch unliebsamen, zu falschen Schlüssen führenden Mißverständnissen ein wirksamer Riegel vorgeschoben ist.

In kurzen zusammenfassenden Sätzen wird der Vertrauensarzt den von ihm erhobenen Befund noch einmal, unter gleichzeitiger Demonstration, vor dem Gerichtshof vortragen. Ist dem Arzt Ort und Zeit nicht ausreichend, zu einem abschließenden Urteil zu gelangen, so gibt er die Erklärung ab, daß eine eingehendere Untersuchung als die an Gerichtsstelle mögliche, erforderlich ist. Das Gericht pflegt darauf die Sache zu vertagen und die Untersuchung in der Wohnung eines Arztes anzuordnen. Vor dem Gericht wird er auch unter Umständen falsche Behauptungen der Unfallverletzten auf grund ana-

tomischer und physiologischer Auseinandersetzungen sofort zurückweisen können. Zu diesem Zwecke stehen ihm hier auf einem Nebentische menschliche Skeletteile sowie instruktive Wandtafeln zur Verfügung. Das ärztliche Rüstzeug für die Erkennungskunst (Bandmaß, Schubleere, Tasterzirkel, Beugungsgradmesser, Auskultations- und Perkussionsbesteck, Untersuchungstisch, der zweckmäßig gleichzeitig als Tragbahre zu verwenden ist) wird ergänzt durch Utensilien, die bei der praktischen Arbeit gebraucht werden. Wir können den Verletzten eine kleine Treppe passieren lassen, über die er auf ein Podium gelangt, auf dem die Untersuchung und Betrachtung der Füße sehr erleichtert ist; wir können ihn eine Sprossenleiter besteigen lassen; wir finden Mauersteine, Hammer und Kelle und sonstige Werkzeuge, die der Verletzte vor dem Gerichtshofe in die Hand nimmt, um ermessen zu lassen, wieweit er wirklich bei den einzelnen Verrichtungen behindert ist. Bei diesen Feststellungen ist das sachverständige Urteil der Beisitzer, die doch Berufsgenossen des Klägers sind, von höchster Bedeutung, und der Arzt verdankt ihnen manchen bedeutungsvollen Einblick in die — sagen wir — Physiologie der einzelnen Arbeitsverrichtungen und in die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Aus diesem gleichzeitigen Zusammenwirken des Juristen, der Berufsgenossen des Verletzten und des Arztes bei jedem einzelnen Falle muß sich naturgemäß eine Feststellung der vorhandenen Unfallsfolgen und der durch sie bedingten Erwerbseinbuße gewinnen lassen, wie sie besser ohne Zweifel nicht zu erreichen ist. Erst wenn auf diesem Wege die erforderliche Feststellung gemacht ist, wenn die Sachlage allseitig geklärt ist, zieht sich der Gerichtshof zu geheimer Beratung zurück, um das Urteil zu finden.

Den Rechtsuchenden wird vom Berliner Schiedsgericht für Arbeiterversicherung jede nur erdenkliche Erleichterung gewährt. Hierzu gehört in erster Reihe die Einrichtung einer öffentlichen Anmeldestube, die den Arbeitern, außer in den Geschäftsstunden, auch zweimal wöchentlich abends von $^1/_2 7$—$^1/_2 9$ Uhr kostenfrei Rat und Belehrung in Unfall- und Invaliditätssachen zuteil werden läßt, ihre mündlich vorgebrachten Beschwerden und Anträge zu Papier bringt und an die zuständigen Stellen weiterreicht.

Große Schwierigkeiten bereitet oft der Umstand, daß das Zuerkennen einer Rente nicht vom Standpunkte der Humanität oder der vorliegenden Bedürftigkeit aus geschehen kann, wie sie andererseits auch nicht bei offenbarer Unwürdigkeit versagt werden darf, sondern daß sie auf Grund eines tatsächlich vorhandenen Rechtsanspruches gefordert und gewährt werden muß. Aber ganz fremd ist der ernsten Stätte des Gerichts die Wohltätigkeit nicht. Ein aus freiwilligen Spenden errichteter Fonds gibt die erwünschten Mittel, bei aner-

kannter Bedürftigkeit, aber mangelndem Rechtsanspruch (z. B. nicht erfüllter Wartezeit bei Invalidenrentenbewerbern oder bei schweren Leiden, die unabhängig von einem Unfall entstanden sind) unglücklichen Menschen sofort an Gerichtsstelle eine kleine Beihilfe zu gewähren, die die dringendste Not lindert.

Glaubt sich eine Partei durch die Entscheidung des Schiedsgerichts beschwert, so steht ihr binnen Monatsfrist der Rekurs an das Reichsversicherungsamt offen. Diese Behörde bildet die höchste Instanz in der Organisation der Arbeiterversicherung. Dasselbe überwacht die Ausführung des Unfallversicherungsgesetzes, beaufsichtigt den Geschäftsbetrieb der Berufsgenossenschaften und trifft endgültige Entscheidung über die durch Rekurs angegriffenen Schiedsgerichtsurteile.

Das Reichsversicherungsamt hat seinen Sitz in Berlin und besteht aus ständigen und nichtständigen Mitgliedern. Der Präsident und die übrigen ständigen Mitglieder werden auf Vorschlag des Bundesrats vom Kaiser auf Lebenszeit ernannt. Aus den ständigen Mitgliedern werden vom Kaiser die Direktoren und die Vorsitzenden der Senate ernannt. Von den nichtständigen Mitgliedern sind 6 vom Bundesrat, 6 als Vertreter der Arbeitgeber von den Vorständen der Berufsgenossenschaften und den Ausführungsbehörden, endlich 6 als Vertreter der Arbeitnehmer von den Arbeitnehmerbeisitzern der Schiedsgerichte zu wählen. Die übrigen Beamten des Reichsversicherungsamtes werden vom Reichskanzler ernannt.

Die Entscheidungen dieser Behörden erfolgen zumeist in der Besetzung von 5 Mitgliedern, unter denen sich je 1 Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer befinden muß. Außerdem werden 2 richterliche Beamte hinzugezogen.

Im Jahre 1907 setzte sich das einem Präsidenten unterstehende Reichsversicherungsamt zusammen aus 2 Direktoren, 22 Senatsvorsitzenden und 39 sonstigen ständigen Mitgliedern. Vom Bundesrat waren 6 nichtständige Mitglieder gewählt, die Zahl der Arbeitgeber und Arbeitnehmer betrug mit ihren Stellvertretern je 130, zusammen 260 Vertreter. Die Zahl der richterlichen Beisitzer betrug 88.

Im Jahre 1907 waren 28 332 Rekurse zu bearbeiten. Aber auch über seine ursprüngliche Bestimmung hinaus hat das Reichsversicherungsamt eine fruchtbare Tätigkeit entfaltet. Durch wissenschaftliche Arbeiten haben seine Mitglieder viele Fragen der Versicherungswissenschaft geklärt. Die von dieser Behörde herausgegebene Sammlung ärztlicher Obergutachten stellt eine Bereicherung unseres Wissens dar. Endlich zeigt sich das Reichsversicherungsamt durch Anregung und Unterstützung der Berufsgenossenschaften bei Übernahme des Heilverfahrens innerhalb der Wartezeit — namentlich bei Lungen-

leiden — als machtvoller und erfolgreicher Faktor auf dem Gebiete der öffentlichen Hygiene.

Für einzelne Bundesstaaten sind besondere Landesversicherungsämter errichtet worden. Ihre Tätigkeit beschränkt sich auf diejenigen Berufsgenossenschaften, denen ausschließlich in dem betreffenden Bundesstaat belegene Betriebe angehören.

Es würde die mir bei dieser Arbeit gesteckten Grenzen überschreiten, wollte ich eine erschöpfende Darstellung der Untersuchungsmethoden zu geben versuchen. Dieselben können nur in der Klinik und durch die Praxis erlernt werden. Im folgenden seien daher nur einige Punkte erwähnt, bei denen erfahrungsgemäß am häufigsten Irrtümer unterlaufen, die zu unrichtiger Abschätzung des Schadens oder zu späteren Differenzen zwischen den einzelnen Gutachten führen müssen.

Unbedingtes Erfordernis ist es, daß der Arzt ohne jede Spur von Voreingenommenheit an die Untersuchung der Unfallverletzten herantritt. Er bedenke, daß jeder Kranke sich außerordentlich lieb hat, daß jeder gerade sich für den bedauernswertesten hält und seinen Krankheitsverlauf als abnorm und selten schwer betrachtet. Daher unterstreicht auch der wohlhabende Privatpatient, dem für seine Erkrankung keinerlei Entschädigung winkt, seine Klagen in nachdrücklicher Weise. Seine Schmerzen sind schrecklich, nicht mehr zum Ertragen, fürchterlich, wahnsinnig; er hat 14 Tage lang keinen Bissen genossen, er ißt überhaupt nichts mehr, er tut die ganze Nacht kein Auge zu, er hört die Uhr jede halbe Stunde schlagen, er wird immer weniger. Hierzu kommt bei ungebildeten Leuten noch ein eigener Jargon, der sich mit unseren wissenschaftlichen Bezeichnungen nicht deckt, den man aber kennen muß, wenn man jene nicht unverdient der Übertreibung zeihen will. Ein leichtes Schwächegefühl in einer Extremität beschreibt der einfache Mann als Lähmung. Während er vor uns steht, erklärt er: Mir sind beide Beine gelähmt. Eine Kontusion der Gelenksgegend wird als Verrenkung geschildert, Ermüdungsgefühl erhält den Namen Krämpfe, eine vorübergehende Schwäche heißt Schwindelanfall, bei Kältegefühl einer Extremität ist dieselbe tot oder abgestorben, bei Parästhesien ist die betreffende Provinz „wund“.

Wer diese eigentümliche Ausdrucksweise berücksichtigt, wird nicht in unnötige Erregung geraten, wenn sie ihm gegenüber in Anwendung kommt. Der Kranke kennt die Bezeichnung nicht anders, er denkt sich nichts Böses dabei und ist über das ihm unverständliche Aufbrausen des Arztes sehr erstaunt. Er hält denselben aber dann leicht von vornherein für befangen. Nicht warm genug kann dem jungen Kollegen der Erfahrungssatz ans Herz gelegt werden, daß reine Simulanten wirklich selten sind.

Die Untersuchung zum Zwecke der Begutachtung ist von der eines sonstigen Kranken verschieden. Dieser hat ja ein lebhaftes Interesse daran, dem Arzte die Erkennung seines Leidens zu erleichtern. Anders der zu Begutachtende. Ihn verlangt manchmal gar nicht danach, zu hören, daß er völlig gesund sei. Und wenn es schon der Fall ist, soll es ihm der Arzt wenigstens beweisen. Zu einer unerwünschten Beweisführung wird er aber kaum tatkräftige Beihilfe leisten. Daher sinkt der Wert der subjektiven Angaben; der objektive Befund allein hat unanfechtbare Beweiskraft.

Die Untersuchung beginnt nach vorangegangener Akteneinsicht bereits bei der Beobachtung im Wartezimmer. Die Art, wie sich der Wartende daselbst — nach seiner Meinung unbeobachtet — benimmt, wie er sich auf Aufruf erhebt und unser Untersuchungszimmer betritt, gibt manchen wertvollen Fingerzeig. Die Anwesenheit begleitender Angehöriger im Untersuchungszimmer schließe man — sofern nicht unbedingt notwendig — aus. Es ist für uns wesentlich, den Rentenbewerber zu beobachten, wenn er sich allein entkleidet. Wir sehen gelegentlich, wie der eine dabei zeitweise auf dem Bein allein steht, dem er nachher jede Leistungsfähigkeit abspricht; ein anderer an angeblicher Versteifung der Wirbelsäule Leidender bückt sich vielleicht hurtig und gewandt nach seinem über den Fußboden hüpfenden Kragenknopf, den dritten endlich hindert die — nach Behauptung — außerordentlich empfindliche Kuppe des Zeigefingers nicht, denselben zum Öffnen der Hemdmanschette in gewöhnlicher Weise mit heranzuziehen.

Für ausreichende Durchwärmung des Untersuchungszimmers ist selbstverständlich Sorge zu tragen, denn der Untersuchende soll sich, wenn irgend angängig, völlig entkleiden. Bei vermuteter Böswilligkeit stelle man mit demselben die Temperatur am Thermometer fest und verzeichne sie im Gutachten. Man schützt sich dadurch vor Verdruß, wenn der Rentenbewerber später mit der Behauptung hervortritt, er habe sich in dem bitter kalten Zimmer des Arztes völlig entblößen müssen und dadurch eine lebensgefährliche Erkältung davongetragen.

Die Art der Unfälle bringt es mit sich, daß wir am häufigsten Verletzungen der Knochen und Gelenke zu begutachten haben.

Nach allen Knochenbrüchen haben wir festzustellen, ob der Bruch fest knöchern verheilt ist, ob nur eine bindegewebige Vereinigung eingetreten ist, oder sich gar ein falsches Gelenk gebildet hat. Die Verstellung (Dislokation) der Knochen ist sorgfältig zu ermitteln und zweckmäßig in die bekannten Formulare einzuzeichnen. Eine photographische Aufnahme des verletzten Gliedes ist eine wertvolle Unterlage für alle späteren Begutachtungen.

In allen irgendwie zweifelhaften Fällen von Knochenverletzungen

ist die Aufnahme eines Röntgenbildes zu veranlassen. Der Verfertiger desselben muß aber ebensolches von der entsprechenden gesunden Extremität zum Vergleich beifügen und eine Erklärung seiner Bilder abgeben. Nur so schützt man sich vor unrichtigen Deutungen.

Teigige Schwellungen, Blutaderverstopfungen, Ernährungsstörungen der Haut, Gefühlsstörungen, durch Nervenlähmung bedingte Lähmung oder Schwäche der Muskulatur müssen bei der Untersuchung genau festgestellt werden.

Die vom Unfall nicht betroffene Extremität ist das gegebene Vergleichsobjekt, das nur dann für diese Zwecke versagt, wenn es ebenfalls schon einmal beschädigt wurde oder sonstige Abweichungen aufweist.

Der Satz, daß die Muskulatur einer geschonten Extremität abmagert, hat unbestrittene Geltung. Auf ihn stützen wir am häufigsten unsere Beweisführung. Ein souveränes diagnostisches Hilfsmittel ist das mit Zentimetereinteilung versehene Bandmaß. Das gewöhnliche der Hausfrau oder des Schneiders genügt vollkommen, es braucht kein Stahlband zu sein. Die Befürchtung, daß sich das Band bei längerem Gebrauch dehne und dann ungenaue Maße gebe, ist übertrieben, wenn auch vom Standpunkt des Mathematikers richtig. Derselbe — übrigens doch nur minimale — Fehler wird an beiden durch Maß verglichenen Extremitäten gemacht. Nur das relative Maß, die Differenz, nicht das absolute, hat für unsere Ziele Bedeutung. Der Untersuchende muß sich bestreben — die Übung bringt ihn dahin — auf beiden Seiten jedesmal in genau gleicher Höhe zu messen. Er muß der Meßebene beiderseits stets denselben Winkel zur Längsachse der Extremität geben und darf niemals einen ungleichen Zug am Bandmaß ausüben. Ich lege dasselbe stets so an, daß es sich gerade um das Glied anschmiegt, ohne die Haut in Falten zu pressen oder gar die Muskulatur zu drücken. Am Handgelenk und an den Knöcheln versagt das Bandmaß oft, weil es sich wegen seiner Breite daselbst den Niveaudifferenzen nicht innig genug anzuschmiegen vermag. Man vermeidet Fehlerquellen, wenn man hier mit einer dünnen Schnur mißt, deren verbrauchte Länge man dann vom Zentimetermaß abliest.

Ist ein gebrochen gewesener Knochen um mehrere Zentimeter verkürzt, so werden wir hinsichtlich des Muskulaturumfanges unrichtige Zahlen ermitteln, wenn wir beiderseits in gleicher Höhe über benachbarten festen Punkten messen. Beim verkürzten Oberschenkel können wir also nicht die Maße in 15 cm Höhe über beiden oberen Kniescheibenrändern verwerten, sondern wir müssen die Mitte jedes Oberschenkels einzeln ermitteln, die in solchen Fällen natürlich in ungleicher Höhe liegt.

Ein Callus beeinflußt die gewonnenen Zahlenwerte, wie die in

der Maßlinie liegende Krampfader. Derartige Stellen sind für die Beurteilung der Muskelbeschaffenheit nicht zu verwerten.

Indessen hat auch die Feststellung der Umfänge in Höhe des Callus ihren besonderen Wert. Aus dem so kontrollierbaren allmählichen Schwinden der Callusmassen werden wir auf gleichzeitiges Nachlassen der durch sie vermutlich bedingten Beschwerden schließen dürfen. Das Wachsen und Schwinden teigiger Schwellungen kann ebenfalls durch vergleichendes Messen zahlenmäßig festgelegt werden.

Um dem Nachprüfenden Gelegenheit zu geben, möglichst unter gleichen Verhältnissen zu messen, müssen wir in unserer Befundaufnahme auch die Haltung und die Lage der gemessenen Gliedmaßen verzeichnen. Ich habe hierfür folgende Schemata entworfen, die ich seit Jahren benutze:

Es beträgt der Umfang	Rechts	Links
des Oberarmes:		
um den Deltamuskel, bei seitwärts horizontal gehaltenem Oberarm	....	....
um den Deltamuskel in Achselhöhlenhöhe bei herabhängendem Arm	....	....
um den zweiköpfigen Muskel (Biceps) an der stärksten Stelle, bei hängendem Arm	....	....
um den zweiköpfigen Muskel bei aufs äußerste gebeugtem Ellenbogengelenk	....	....
handbreit über dem Ellenbogengelenk, bei hängendem Arm	....	....
des Unterarmes:		
bei rechtwinklig gebeugtem Ellenbogen, gestreckter Hand und gestreckten Fingern		
an der dicksten Stelle	....	....
. . . cm unterhalb des äußeren Oberarmknochens .	....	....
handbreit unter dem Ellenbogengelenk	....	....
in der Mitte	....	....
. . . cm über dem Griffelfortsatz der Elle	....	....
handbreit über dem Handgelenk	....	....
des Handgelenks	....	....
der Hand ohne Daumen	....	....
der Hand mit Daumen	....	....

Es beträgt der Umfang (bei gestrecktem Knie- und rechtwinklig gehaltenem Fußgelenk)	im Stehen r.	im Stehen l.	im Liegen r.	im Liegen l.
des Oberschenkels:				
im Schritt	....	....	....	....
in der Mitte	....	....	....	....
. . . cm oberhalb der Kniescheibe	....	....	....	....
direkt oberhalb der Kniescheibe	....	....	....	....
um die Mitte des Kniegelenks	....	....	....	....
des Unterschenkels:				
unterhalb der Kniescheibe	....	....	....	....
an der dicksten Stelle der Wade	....	....	....	....
an der dünnsten Stelle	....	....	....	....
. . . cm über dem äußeren unteren Knöchelende	....	....	....	....
um die Knöchel	....	....	....	....
über den Spann	....	....	....	....
um den Fuß, in der Höhe des V. Mittelfußknochenvorsprunges	....	....	....	....

Ist ein Gelenk in Beugestellung versteift oder sonst an der völligen Streckung behindert, so muß aus unserer Maßtabelle hervorgehen, daß wir auch dem gesunden Gliede die gleiche Haltung gegeben hatten, wie sie das kranke einnahm.

Einen gleichen Wert für die Beurteilung von Verletzungsfolgen besitzen die Längsmaße der Extremitäten. In manchen Fällen sichern sie erst die Diagnose und damit eine gerechte Abschätzung des vorhandenen Schadens. Am Oberarm messen wir von der Schulterhöhe bis zum äußeren Oberarmknochen. Wir schließen bei einer Verkürzung dieser Strecke auf einen Bruch oder eine Verrenkung, bei einer Verlängerung auf letztere allein.

Unverhältnismäßig oft begegnet man in der Unfallbegutachtung Schenkelhalsfrakturen, die zunächst infolge ihrer eigenartigen Verhältnisse nicht erkannt, auch im späteren Verlauf unrichtige Deutungen erfuhren. Und doch vermag das Bandmaß uns über viele derartige Fälle erwünschten Aufschluß zu geben. Die einfachen Verkürzungen des Beines erkennen wir aus dem Untermaß der Linie: Vorderer Darmbeinstachel — unteres Knöchelende. Betrifft die Verkürzung den Unterschenkel, werden wir für die Strecke: Kniegelenkspalt—unteres Knöchelende geringere Zahlen erhalten; betrifft sie den Oberschenkelschaft, so lehrt die verkürzte Linie: Rollhügelspitze —Kniegelenkspalt den Sitz der Veränderung. Hat der Bruch aber den Oberschenkelhals durchsetzt, so offenbart sich die hierdurch verursachte Längenminderung in einem Untermaß der Linie: vorderer Darmbeinstachel—Kniegelenkspalt, während die Linie: Rollhügelspitze—Kniegelenkspalt dieselben Zahlen ergibt, wie auf der unversehrten Seite. Wir überzeugen uns in diesen Fällen noch davon, daß die Rollhügelspitze sich regelwidrig oberhalb der den vorderen Darmbeinstachel mit dem Sitzbeinhöcker verbindenden, sogenannten Roser-Nélaton'schen Linie befindet.

Nicht selten sind Fälle, in denen in den Gutachten Beinverkürzungen angegeben sind, die tatsächlich nicht existieren. Sie werden leicht durch eine Beugestellung der Gelenke vorgetäuscht. Es ist ohne weiteres einzusehen, daß bei einer Flexion des Hüft- oder Kniegelenks die Distanz zwischen vorderem Darmbeinstachel und Knöchelende geringer werden muß. Das gebeugt gehaltene Knie ist zumeist ohne weiteres sinnfällig. Die Flexion des Hüftgelenks entgeht uns aber leicht, wenn wir nicht acht geben, wie der zu Untersuchende auf der horizontalen Tischplatte liegt. Besteht eine Flexionskontraktur im Hüftgelenk, so wird uns dieselbe nur wahrnehmbar, wenn wir den Träger derselben veranlassen, mit seinem Rücken dem Untersuchungstisch fest aufzuliegen und keine Höhlung zu bilden, wir müssen ihn also veranlassen, eine etwa angenommene Lordose auszugleichen.

Ebenso beeinflußt das Vorhandensein einer Adduktions- oder Abduktionsstellung im Hüftgelenk unser Urteil, indem wir bei oberflächlicher Betrachtung eine Verkürzung oder Verlängerung des betreffenden Beines feststellen zu können glauben. Gegen diese Mißdeutung schützen wir uns, wenn wir die Lage des zu Untersuchenden auf dem Explorationstische so regulieren, daß die Längsachse des Tisches mit der seines Körpers zusammenfällt und die Verbindungslinie der beiden vorderen Darmbeinstachel senkrecht schneidet. Die beiden letzteren stehen dann in gleicher Höhe, und dies ist unbedingt erforderlich, wenn anders man einwandfreie Resultate gewinnen will.

Für die Beurteilung des Funktionswertes einer Extremität ist die Exkursionsfähigkeit ihrer Gelenke mit maßgebend. Ihre Grenzen geben wir in unseren Gutachten in Zahlenwerten an, damit die späteren Untersuchenden jede wesentliche Veränderung unzweifelhaft feststellen können.

Auch hier ist der Vergleich beider Seiten von höchster Wichtigkeit. Die „Gelenkigkeit", sensu strictiori, ist auch bei Gesunden individuell höchst verschieden.

Alle Bewegungen läßt man mit der gesunden Extremität zuerst ausführen. Wir erkennen dadurch die individuelle Leistungsfähigkeit des Betreffenden und gewinnen so einen verläßlichen Maßstab für das später festzustellende Defizit der erkrankten Partie. Der Untersuchende lernt dabei gleichzeitig unsere Wünsche kennen; er wird in die Lage gesetzt, die geforderten Bewegungen mit dem verletzten Gliede, soweit wie möglich, aus eigenem Antriebe vorzunehmen, ohne daß Mißverständnisse obwalten können. Nachdem wir dann die Bewegungsfähigkeit der beschädigten Extremität festgestellt haben, lassen wir noch einmal — wo angängig — mit beiden Gliedmaßen gleichzeitig dieselben Übungen vornehmen.

Die Frage, ob in einem Gelenke Steifheit besteht, oder ob nur Steifhaltung vorliegt, läßt sich häufig in einfacher Weise lösen, wenn man das angeblich kranke Glied seiner Unterstützung beraubt. Bei angeblich steifem Knie z. B. läßt man den Verletzten sich weit hinten auf einen Stuhl setzen und das Bein frei schwebend in die Luft halten. Die durch die willkürlich angenommene Steifhaltung stark beanspruchte Muskulatur ermüdet bald und beginnt zu zittern. Eine wirkliche Versteifung nimmt die Muskulatur nicht in Anspruch.

Es sind verschiedene Beugungsgradmesser angegeben worden, denen meines Erachtens Mängel anhaften, die sie für den praktischen Gebrauch untauglich machen. Eine breite — für die Gelenksgegend mit einem Scharnier versehene — Holzschiene, die der Extremität zum Messen vorn oder hinten in der Frontalebene flächenartig aufgelegt werden soll, muß ungenaue Resultate ergeben. Ihr Winkel wird nicht nur von dem Beugungsgrade der Extremität abhängig,

sondern unterliegt auch dem Einflusse der Muskulatur, die je nach ihrer Massigkeit mehr oder minder die Schienenfläche aus der Achse des Gliedes, dem sie angelegt ist, herausdrängen muß.

Der einfachste Winkelmesser ist der hölzerne Zollstock mit federnden Scharnieren, dessen ich mich in verschiedenen Größen bediene. Die Länge der Schenkel läßt sich in jedem Falle nach Bedürfnis herstellen. Ich lege den Maßstab bei Scharniergelenken seitlich so an, daß die Projektion seiner Schenkel mit den Achsen der das Gelenk bildenden Knochen zusammenfällt, und der Winkel dem Drehpunkt des Gelenkes entsprechend zu liegen kommt. Bei Kugelgelenken müssen natürlich die verschiedenen Ebenen berücksichtigt werden. Der so erreichte Beugungsgrad läßt sich von einem angelegten Transporteur leicht ablesen.

Einen einfachen, aber vorzüglichen Meßapparat für die Pronation und Supination des Vorderarms stellen die T-Griffe der Fensterflügel dar. Die Drehung, die der zu Untersuchende diesem bei rechtwinkelig gebeugtem Ellenbogen mit seiner Hand zu geben vermag, läßt sich gleichfalls von einem dahinter gehaltenen Transporteur in Graden ablesen.

Bei der Untersuchung des Schultergelenkes überzeugen wir uns zunächst unter Vergleichung mit der gesunden Seite, ob eine Abflachung der durch die Schultermuskulatur hervorgebrachten normalen Wölbung besteht. Erfahrungsgemäß verfällt bei den Oberarmausrenkungen der zugehörige Deltamuskel durch Insult des ihn versorgenden N. axillaris s. circumflexus nach kurzer Zeit einer bei sachkundiger Behandlung meist vorübergehenden Atrophie. Hierauf werden wir von vornherein achten, um die Frage nach der Notwendigkeit eines weiteren Heilverfahrens zutreffend entscheiden zu können. Eine Atrophie der Muskulatur in den Ober- und Untergrätengruben des Schulterblattes weist auf mangelnden Gebrauch des Schultergelenkes; sie wird uns die Angaben des Verletzten über Schmerzen glaubhaft machen und zu weiterem Nachforschen nach den Gründen der Behinderung auffordern.

Die nächste Feststellung hat dann dahin zu erfolgen, ob die den Schultergürtel zusammensetzenden knöchernen Bestandteile (Schlüsselbein, Schulterblatt, Oberarm) unversehrt sind und sich in regelrechter Lage zueinander befinden. Häufig wird hierbei eine Lösung der straffen gelenkartigen Verbindung zwischen Schulterblatthöhe (Acromion) und äußerem (akromialen) Ende des Schlüsselbeins übersehen. Der in dieser Weise Verletzte wird dann häufig zu Unrecht der Übertreibung bezichtigt.

Haben wir die Beschaffenheit der Knochen und der Muskulatur festgestellt, so gehen wir zur Funktionsprüfung über. Ein Teil derselben lag schon in der Beobachtung des Entkleidens.

Wer übertreiben will, faßt seinen Rock beim Entkleiden nicht — wie gewöhnlich — in der Brustwarzenhöhe, sondern ergreift denselben mit gestrecktem Ellenbogen tief unten in der Höhe des Beckens. Damit erschwert er sich den Akt ungemein und vermag bei oberflächlicher Betrachtung den Anschein grober Behinderung im Schultergelenk zu erwecken. Und doch würde die ausgelassene Bewegung lediglich im Ellenbogen ausgeführt.

Veranlassen wir den Verletzten, das Hemd nicht am Körper herunterzustreifen, sondern über den Kopf auszuziehen, so gewinnen wir häufig schon einen wertvollen Hinweis für den Grad der tatsächlich vorhandenen Störungen.

Wir erinnern uns in großen Zügen, daß das Heben des Oberarmes bis annähernd zur Horizontalen bei festgestelltem Schulterblatt durch den M. deltoides (N. axillaris) bewirkt wird. Das weitere Erheben über die Horizontale spielt sich in der Weise ab, daß im wesentlichen nunmehr der große sägeförmige Brustmuskel (M. serratus anticus major, versorgt vom N. thoracicus longus) mit in Aktion tritt. Derselbe zieht das untere Schulterblattende nach vorn und außen, während das obere Schulterblattende vom Kappenmuskel (M. cucullaris, versorgt vom N. accessorius Willisii) etwas nach innen gezogen wird. Bei allen diesen Bewegungen leihen nach und nach noch andere Muskelgruppen ihren Beistand. Das Seitwärtserheben erfolgt um so leichter, je mehr sich der Arm nach vorn aus der Frontalebene entfernt, es wird um so schwieriger, je mehr die Bewegung hinter dieselbe verlegt wird. Wer daher seinem Arzte eine nicht vorhandene Schultergelenkstörung demonstrieren will, wird bei der Aufgabe, den Oberarm seitlich zu heben, die gesamte Schulter nach vorne und oben heben und den Arm möglichst weit nach hinten zu halten suchen.

Man läßt bei der Untersuchung der Schulter die Bewegungen beiderseits gleichzeitig ausführen und beobachtet dieselben von vorn und von hinten. Der Oberkörper muß völlig entblößt sein.

Wichtig ist, daß der Verletzte bei der Prüfung seiner Schultergelenksfunktion die Wirbelsäule gerade hält und nicht mitbewegt. Kann z. B. der Arm seitwärts wegen tatsächlicher Behinderung nur etwa bis 45° über die Horizontale gehoben werden, so genügt eine Seitwärtsbeugung der Brustwirbelsäule nach der gesunden Seite, um den Arm bis zur Senkrechten zu erheben. Dies Resultat ist aber ein zu ungunsten des Verletzten vorgetäuschtes, denn die fehlende Beweglichkeit im Schultergelenk wurde durch eine Bewegung der Wirbelsäule ersetzt.

Weiter müssen wir uns auch in Zweifelsfällen davon überzeugen, daß die Erhebung bis dicht zur Horizontalen tatsächlich im Schultergelenk stattfindet und nicht etwa durch ein frühzeitiges Bewegen des

Schulterblattes bewirkt wird. Hierüber gibt uns die Beobachtung Aufschluß, ob das Schulterblatt bei gleichzeitigem Erheben der Arme auf der verletzten Seite sofort oder doch frühzeitiger mitgeht, als dies auf der gesunden Seite der Fall ist. In solchen Fällen wird die Bewegung unmöglich, wenn wir mit der flach aufgelegten Hand das Schulterblatt am Brustkorbe fixieren.

Um klarzustellen, ob der Verletzte tatsächlich das Höchstmaß seiner Leistungsfähigkeit hergibt, bedienen wir uns einiger Kunstgriffe, die dazu bestimmt sind, seine Aufmerksamkeit von Gang und Ziel der Untersuchung abzulenken.

Behauptet jemand, die Arme nach vorn nur bis zur Horizontalen erheben zu können, so lassen wir ihn zunächst diese Bewegung ausführen und stellen das Ergebnis ausdrücklich fest. Darauf veranlassen wir ihn, sich soweit nach vorn zu beugen, daß sein Oberkörper eine wagerechte Haltung annimmt und geben ihm auf, seine Arme nunmehr ebenfalls in eine wagerechte Haltung zu bringen, indem er die Hände etwa auf einen vor ihm stehenden Tisch oder eine Stuhllehne legt. Gelingt ihm dies, so hat er damit bewiesen, daß er die Arme bei aufrechtem Oberkörper bis zur Senkrechten erheben kann.

Oder wir erheben ihm den Arm mit unserer Hilfe bis zur Senkrechten, lassen ihn seinen gesunden Arm ebenso weit erheben. Dann beauftragen wir ihn, beide Arme gleichzeitig in verschiedenen Staffeln zu senken und in beliebigen Winkeln über der Horizontalen zeitweilig festzuhalten. Wird dieser Versuch ausgeführt, so ist erwiesen, daß der zum Armheben erforderliche Bewegungsapparat vollkommen funktionstüchtig ist.

Ein anderer Weg ist der, daß man den Verletzten beide Hände falten läßt und ihm aufgibt, die Arme über die Horizontale zu heben. Nützlich ist die Erklärung, daß dabei ja der gesunde Arm den kraftlosen mitnähme. Wird diese Übung einige Zeit fortgesetzt, so ergibt sich wiederum die Funktionsfähigkeit des angeblich unbrauchbaren Gliedes. Denn in dem Maße, wie der gesunde Arm ermüdet, muß der vermeintliche schwache mit seiner eigenen Kraft einspringen, um die Aufgabe zu lösen.

Daß das Schultergelenk nicht etwa durch mechanische Widerstände gehemmt ist, läßt sich folgendermaßen erkennen: Man gibt dem auf dem Untersuchungstische Knieenden auf, sich mit beiden Händen am oberen Rande des Tisches festzuhalten und sich nunmehr lang auf den Bauch zu legen. Dabei geraten die Arme allmählich in völlige Elevation.

Die Echtheit von Schmerzen im Schultergelenk stellt man durch anscheinende Prüfung des im Ellenbogen rechtwinkelig gebeugten Vorderarmes fest. Man ergreift hierbei die Ellenbeuge, drückt dabei den Oberarm gegen das Schultergelenk oder zieht ihn von demselben

ab. Nur bei tatsächlich vorhandenen Schmerzen im Schultergelenk werden bei diesem ablenkenden Versuch Schmerzen laut.

Bei normalen Verhältnissen des Schultergelenkes und seiner Bewegungsapparate sind mit dem Arme folgende Bewegungen auszuführen:

1. Beide Hände werden seitlich mit gestrecktem Ellenbogen und aufwärts gerichteten Handtellern bis zur Senkrechten erhoben und über dem Kopfe aneinander geschlagen.

2. Dasselbe geschieht nach vorn, während die Hände in Mittelstellung (zwischen Pronation und Supination) stehen.

3. Die Hand der verletzten Seite wird in das Genick gelegt.

4. Die Hand der verletzten Seite berührt hinten unten herum mit ihrem Rücken das Schulterblatt der gesunden Seite.

5. Bei rechtwinkelig gebeugtem Ellenbogengelenk kann der Oberarm im Schultergelenk um seine Längsachse gedreht werden.

6. Der gestreckt herabhängende Arm kann nach vorn und hinten Pendelbewegungen ausführen.

7. Beide Schultern können nach vorn gehoben, bezw. nach hinten gesenkt werden.

Gehen alle diese Bewegungen ungehindert vor sich, treten dabei keine krankhaften Geräusche im Schultergelenk auf, zeigt die Muskulatur der Schulter wie des Armes regelrechte Verhältnisse, so kann man mit Sicherheit annehmen, daß die Verletzung der Schulter folgenlos beseitigt ist.

Zeigen sich Störungen in der Beweglichkeit der Schulter, so müssen wir ihren Grund zu ermitteln suchen.

Daß ein luxierter Humeruskopf nicht in seine Pfanne zurückgekehrt ist, wird einem Geübten kaum entgehen.

Knöcherne Verwachsungen im Schultergelenk oder Callusmassen in seiner Umgebung sind ebenfalls leicht als solche erkennbar. Weniger Beachtung findet die Tatsache, daß bei langer Ruhigstellung einer Schulter die vom Oberarm nach dem Schulterblatt verlaufenden Muskeln, zumal wenn sie einer Gewaltwirkung ausgesetzt waren, allmählich eine Verkürzung erleiden und so eine Hemmung bieten.

Hysterische Kontrakturen der Schultermuskulatur werden mitunter ihrer Natur nach nicht erkannt und als Böswilligkeit gedeutet.

Auch die zahlreichen Schleimbeutel der Schultergelenksgegend (Bursa acromialis, subcoracoidea, subscapularis, subserrata, subdeltoidea) erleiden durch Gewalteinwirkungen Veränderungen (Ergüsse, chronisch-entzündliche Vorgänge, Verödung), die für die Versteifung von Schultergelenken mit verantwortlich gemacht werden müssen.

Hält man sich alles dies vor Augen, so wird man verstehen, daß gelegentlich auch einfachere Traumen der Schultergelenksgegend als Frakturen, Luxationen und Gelenkblutungen, in der Folge Funktions-

störungen zeitigen können, die dem Verletzten ein Anrecht auf Rentengewährung geben.

Häufig geschieht Verletzten Unrecht, die mit der Behauptung hervortreten, sie könnten den Arm über die Horizontale überhaupt nicht oder wenigstens nur mit einer schleudernden Bewegung erheben. Ihre Ansprüche werden abgewiesen, da der begutachtende Arzt an der Schulter keine Regelwidrigkeiten feststellen konnte. Diesem ist unter Umständen eine Lähmung des großen sägeförmigen Muskels entgangen. Die exponierte Lage des ihn versorgenden N. thoracicus longus erklärt es, daß derselbe häufig Quetschungen ausgesetzt ist. Die Erkennung ist nicht schwer, sofern man nur darauf zu achten gewohnt ist.

Gewöhnlich steht dann das Schulterblatt der verletzten Seite höher, das Erheben des Armes gelingt nur bis zur Horizontalen, wobei man das Hervortreten der sich sonst spannenden Serratuszacken an der seitlichen Brustwand vermißt. Beim seitlichen Erheben nähert sich der innere Schulterblattrand der Wirbelsäule; wird der Arm nach vorn erhoben, so steht das Schulterblatt türflügelartig ab, und man kann es mit der Hand bequem umgreifen.

Die Untersuchung auf Verletzungsfolgen am Ellenbogen ist im allgemeinen leichter.

Das normale Ellenbogengelenk hat für die Beugung und Streckung ungefähr einen Spielraum von 150°. Eine leichte Valgusstellung des gestreckt gehaltenen Ellenbogens ist physiologisch. Während diese erst nach der Pubertät sich ausbildende Abweichung beim Manne zwischen 1—9° schwankt, erreicht sie bei Frauen Werte von 15 bis 25°.

Die Integrität des Ellenbogengelenks ist auch wichtig für das Zustandekommen der Drehbewegung des Vorderarms um seine Längsachse. Diese darf nur bei rechtwinkelig gebeugtem Ellenbogen geprüft werden, da bei gestrecktem der ganze Arm im Schultergelenk mit gedreht wird.

Beim unveränderten Gelenk liegen während der Streckstellung die drei maßgebenden Knochenpunkte (die Epikondylen und die Spitze des Olecranon) in einer geraden (der sogenannten Hüterschen) Linie. Wir fixieren sie mit 3 Fingern und überzeugen uns so von der Art ihrer gegenseitigen Lage. Die Distanz der beiden Epikondylen, die wir mit dem Tasterzirkel messen, läßt uns Reste von Verletzungen, die mit einer Verbreiterung des Gelenkes einhergehen, erkennen. Wichtige Aufschlüsse gibt uns die seitliche Betrachtung der Gelenkgegend bei horizontal nach vorn erhobenen Armen, wenn wir über den gesunden nach dem kranken Ellenbogen visieren.

Unverhältnismäßig oft fand ich unter dem Material des Berliner

Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung eine Luxation des Radiusköpfchens übersehen.

Ein häufiger Fehler bei der Prüfung der Streckfähigkeit des Ellenbogens nach Olecranonbrüchen ist der, daß der Verletzte den Arm bei herabhängendem Oberarm strecken soll. Dies ist ganz einfach möglich, ohne daß der dreiköpfige Armmuskel in Aktion zu treten hat. Läßt man die die Beugestellung bewirkende Muskulatur erschlaffen, so muß der Vorderarm durch seine eigene Schwere herabsinken. Die Funktion des Ellenbogengelenkstreckers können wir nur prüfen, wenn wir verlangen, daß bei seitlich horizontal gehaltenem Oberarm das Ellenbogengelenk energisch gestreckt wird.

Die genaue Untersuchung der Handgelenke ist um so wichtiger, als sich oftmals hinter den einfachen Diagnosen der Distorsion und Kontusion übersehene Radiusfrakturen[1]) mit späterer unausbleiblicher schwerer Funktionsbehinderung verbergen. Erleichtert wird sie uns dadurch, daß wir das Vergleichsobjekt, die gesunde Hand, dicht neben das zu untersuchende Glied legen können. Die gesunde Hand kann überstreckt und gebeugt werden; in Streckstellung kann sie daumenwärts und kleinfingerwärts bewegt werden (Abduktion, Adduktion), endlich vermag sie im Handgelenk kreisende Bewegungen auszuführen.

Die Folgen der Handgelenksverletzungen machen sich außer in einer Behinderung der Handgelenks- und Ellenbogenbewegungen auch in einer Funktionsstörung der Hand, insbesondere der Finger bemerkbar. Für den Geübten ergibt die bloße Betrachtung der Hand meist schon reichliches Material für die Beurteilung der vorhandenen Erwerbseinbuße.

Langdauerndes Verstrichensein der Umrisse des Handgelenks schließt die Annahme einer einfachen Verstauchung aus und macht die Angaben des Verletzten über seine Schmerzen und Funktionsstörungen glaubhaft. Wenn den Röntgenbildern bei der Erkennung von Knochenbrüchen überhaupt schon eine wichtige Rolle zufällt, so sind sie bei Verletzungen der Handgelenksgegend geradezu unersetzlich.

Da die Radiusbrüche nach Kaufmann ungefähr $^1/_{10}$ sämtlicher Knochenbrüche bilden, verkannte und unzureichend versorgte Frakturen aber gerade an dieser Stelle die schwersten Folgen für das Erwerbsleben des Verletzten zeitigen, so ergibt sich die zwingende Notwendigkeit ihrer sorgsamsten Ergründung und sachgemäßer Behandlung frischer Fälle. Brüche des Kahnbeins, sowie Verrenkungen des Mondbeins verschließen sich bei ungenügender Untersuchung häufig ihrer Erkennung.

1) Golebiewski fand in 70 nachuntersuchten Fällen von Radiusfraktur nur 3—4mal die erste Diagnose richtig gestellt. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 3. Folge, VII, 1.

Die Betrachtung und Betastung gibt uns unter Vergleich mit dem Röntgenbilde Aufschluß über die anatomischen Störungen. (Knochenverdickung, Absprengungen, Schwellungen, abnorme Handhaltung, regelwidrige Fingerstellung.)

Ein wertvolles Merkmal ist das Verhalten des Daumen- und Kleinfingerballens, sowie das der Zwischenknochenmuskeln (M. interossei), deren Schwund sich auf dem Handrücken durch rillenartiges Tieferwerden der Räume zwischen den Mittelhandknochen verrät. Bei tatsächlichen Versteifungen der Finger entwickeln sich mit der Zeit Zirkulations- und Ernährungsstörungen der Haut. Die Haut wird faltenlos, glänzend, papierdünn, blaurot, rosa, ganz weiß und fühlt sich kalt an. Sind die queren Hautfalten über den Fingergelenken auf der Streckseite gut ausgeprägt, so spricht dies gegen eine behauptete Versteifung des betreffenden Fingers. Ebenso beweisen ausgeprägte Schwielen der Finger und Hohlhände ihre tatsächliche Verwendung zu Arbeitszwecken.

Wir prüfen danach zunächst die Funktionsfähigkeit des 2. bis 5. Fingers, indem wir sie spreizen, heranführen, beugen und strecken lassen. Die Untersuchung gipfelt in der Prüfung des Faustschlusses, deren es drei Arten gibt. Die Kuppen der Finger können in gesundem Zustande bei gestreckten Grundgliedern die Hohlhandfläche in der Gegend der Grundgelenke, bei gestreckten Endgliedern jenseits der Handmitte mehr nach dem Handgelenke hin berühren. Nur wenn sämtliche Fingergelenke gleichmäßig spielen, legen sich die Fingerkuppen in der Handmitte, in der Gegend der großen queren Handfurche an. Dies ist der ideale, der physiologische Faustschluß. Behinderungen werden wir also in der Art registrieren, daß wir das Zurückbleiben der Fingerkuppen von dieser mittleren Handfurche bei stärkstem Beugungsversuch messen. Die Versteifung der einzelnen Fingergelenke geben wir in Graden an.

Bei dieser Funktionsprüfung müssen wir eines Erfahrungssatzes eingedenk sein. Ein Muskel entfaltet seine Kraft am wirksamsten, wenn seine beiden Ansatzstellen soweit wie möglich voneinander entfernt sind, wenn er also gespannt ist.

Thiem weist in seinem Handbuch der Unfallerkrankungen darauf hin, daß wir uns diese Erfahrung zu nutze machen, wenn wir weit „ausholen", um eine größere Kraftwirkung zu erzielen.

Wollen wir die Beugemuskeln der Hand in diesen Zustand versetzen, so muß das Handgelenk überstreckt sein. Ist das Handgelenk gebeugt, so vermag die Beugemuskulatur nur noch eine von vornherein herabgesetzte Kraftwirkung auszuüben. Vielen Verletzten ist dies geläufig. Um uns ihre Unfähigkeit, eine Faust zu bilden, zu demonstrieren, beugen sie das Handgelenk ad maximum, der Faustschluß wird hierdurch, selbst bei völlig intakten Verhältnissen, außerordentlich er-

schwert, ja fast unmöglich. Diese Fehlerquelle müssen wir also bei der Untersuchung ausschalten, indem wir der Hand eine Stellung in Überstreckung anweisen. Gleichzeitig müssen wir genau Obacht geben, ob nicht etwa die Antagonisten mit in Tätigkeit gesetzt werden, was durch einfaches Betrachten und Betasten der Streckmuskulatur am Vorderarm zu erkennen ist. Wer bei dieser Untersuchung sofort den ganzen Arm in krampfhafte, zitternde Tätigkeit setzt, erregt den Verdacht beabsichtigter Verschleierung seiner Leistungsfähigkeit.

Das ungetrübteste Urteil läßt sich gewinnen, wenn man dem Verletzten aufgibt, bei nach der Decke gerichtetem Blick beide Vorderarme wagerecht, die spitzwinklig gebeugten Ellenbogengelenke möglichst weit nach hinten, die Handgelenke leicht überstreckt, die Handteller nach oben zu halten, und nunmehr öfters und schnell hintereinander die Faust zu schließen. Im Zweifelsfalle ergibt noch die Prüfung mit dem faradischen Strom Aufklärung über die vorhandene Beugefähigkeit der Finger.

Bei der Daumenprüfung ist außer den oben genannten Bewegungen noch seine besondere Fähigkeit der Opposition zu berücksichtigen. Praktisch verwendbare Ergebnisse erreichen wir durch die Feststellung, wie weit sich die Daumenkuppe den Kuppen der übrigen Finger und dem Grundgelenke des kleinen Fingers nähern läßt.

Die grobe Kraft prüft man am zweckmäßigsten, wenn man sich von dem Verletzten gleichzeitig beide gekreuzt gehaltenen Hände drücken läßt. Die Beschaffenheit der Vorderarmmuskulatur, ihr Spiel, die etwaige gleichzeitige Heranziehung der Antagonisten lassen uns zu einem Urteil gelangen, ohne daß wir uns eines Kraftmessers bedienen.

Zum Schlusse lassen wir den Verletzten verschiedene Gegenstände, Stecknadeln, Nägel, Schrauben, Federhalter, Briefbeschwerer, Hammerstiele, Bücher verschiedener Art ergreifen und festhalten. Bei der wechselnden Art dieser Aufgaben wird es bald klar, ob eine beabsichtigte oder tatsächliche Ungeschicklichkeit vorliegt. Die Art, wie der Verletzte den Federhalter ergreift und führt, wenn er seinen Namen unter die von ihm gemachten eigenen Angaben setzen soll, gibt uns ebenfalls verläßliche Auskunft.

Die Untersuchung des Hüftgelenks gleicht in vieler Beziehung derjenigen auf Vorhandensein von Schenkelhalsfrakturen. Die oben beschriebene exakte Lagerung des Kranken auf dem Untersuchungstische ist das wesentlichste. Sie läßt uns erkennen, ob fehlende Bewegungsfähigkeit des Hüftgelenks durch Bewegungen des Beckens ersetzt wird, ob das Bein nach innen, nach außen gerollt gehalten wird, ob es Spreizstellung einnimmt oder über die Mittellinie hinaus nach der gesunden Seite „herangeführt“ ist.

Bei den Exkursionen achten wir darauf, bei welchem Ausschlagswinkel gegebenenfalls sich das Becken mitbewegt. Wir prüfen sie zu-

erst bei gestreckt gehaltenem Bein, danach bei gebeugtem Hüft- und Kniegelenk. Die normalen Bewegungen spielen sich um drei Achsen ab. Erstens um eine frontale, durch beide Schenkelköpfe ziehende: Beugung und Streckung; zweitens um eine hierzu senkrecht verlaufende sagittale: Spreizen und Heranführen, endlich um eine vertikale, der des Oberschenkels entsprechende: Rollung nach innen und nach außen. Die beiden letzten Bewegungen sind um so ausgiebiger möglich, je mehr der Oberschenkel gebeugt wird, da hierbei eine Entspannung der als Hemmung wirkenden Ligg. ileo-femorale und pubo-femorale stattfindet. Die Beugefähigkeit der Hüftgelenke prüft man bei gestrecktem und gebeugtem Kniegelenk.

Die Stellung des Hüftgelenkkopfes zu erkennen, gelingt bei sehr kräftiger Muskulatur oder großem Fettreichtum nicht immer ganz leicht. Bei Kindern trifft eine Ebene, die man bei aufrechter Haltung horizontal durch die Spitze des Rollhügels legt, ungefähr den höchsten Punkt des Schenkelkopfes, bei Erwachsenen den Mittelpunkt desselben. Steht der Kopf an seiner normalen Stelle, so stoßen wir bei einem Druck auf die Weichteile unterhalb des vorderen unteren Darmbeinstachels auf einen festen knöchernen Widerstand. Anderenfalls erscheint uns diese Stelle „leer“, wir können die Weichteile hier in normwidriger Weise tief eindrücken. Durch Abtasten während gleichzeitig ausgeführter, noch möglicher Bewegungen des Oberschenkels werden wir die fehlerhafte Stellung des verrenkten Schenkelkopfes feststellen können.

Naturgemäß finden wir in solchen Fällen die Umrisse des Hüftgelenks verändert. Die erkrankte Hüfte erscheint verbreitert, die normale Grube hinter dem Rollhügel ist verwischt, die Gesäßfurche steht in der Regel auf der verletzten Seite tiefer als auf der gesunden. An der Abmagerung der Beinmuskulatur nimmt auch die der Gesäßhälfte teil.

Aehnliche Krankheitszeichen finden wir zum Teil bei anderen Verletzungen, die die Hüftgelenksgegend betreffen. Rachitische Deformitäten, die typische Coxa vara, coxitische Kontrakturen, wie spontane Epiphysenlösungen des oberen Femurendes erschweren die Diagnose sowie das Urteil, ob überhaupt eine auf Unfall beruhende Verletzung oder eine Erkrankung vorliegt. In jedem nicht ganz eindeutigen Falle nehmen wir unsere Zuflucht zum Röntgenbilde.

Die Untersuchung des Kniegelenks nach Beschädigungen erstreckt sich auf das Vorhandensein von Ergüssen und krankhaften Geräuschen in demselben, auf die Ausführbarkeit normaler Bewegungen, sowie auf das Fehlen abnormer Beweglichkeit.

Auch diese Untersuchung nehmen wir zunächst im Liegen vor. Eine dauernde, gröbere Verschiebung der Gelenkteile wird uns zunächst nicht entgehen. Ein Vergleich beider Kniegelenke läßt uns er-

kennen, ob die Umrisse am kranken deutlich gezeichnet sind, ob eine Verdickung oder Schwellung der ganzen Kniegelenksgegend vorliegt, oder ob die Geschwulst so deutlich umschrieben ist, daß die Vermutung auf isolierte Erkrankung eines Schleimbeutels gerechtfertigt wird. Ergüsse in den Schleimbeutel kennzeichnen sich durch ihren charakteristischen Sitz und die Form der halbkuglig der Kniescheibe breitbasig aufsitzenden, fluktuierenden Geschwulst.

Die Anwesenheit eines Gelenkergusses prüfen wir, indem wir die mit Daumen und Mittelfinger beider Hände oben und unten ergriffene Kniescheibe senkrecht in der Richtung auf das Gelenk niederdrücken. Eine in demselben vorhandene Flüssigkeitsansammlung weicht unserem Druck aus, die durch denselben sonst emporgehobene Kniescheibe nähert sich dem Knochen, was sich unter Umständen durch ein klappendes Geräusch kundgibt. Beim Nachlassen unseres Druckes schnellt die Kniescheibe aber wieder empor. Sie „tanzt“. Wollen wir ganz kleine Ergüsse nachweisen, so müssen wir den Gelenkraum durch gleichmäßiges Zusammenstreichen der oberen und unteren Gelenkausbuchtung zu verringern suchen. Wir erreichen dies durch Druck mit den bei der Prüfung frei verbliebenen Kleinfingerseiten unserer Hände.

Seitlich muß sich die Kniescheibe bei gesundem Gelenk leicht verschieben lassen, wenn die Muskulatur erschlafft gehalten wird. Wichtig ist die Feststellung von krankhaften Geräuschen und ihres speziellen Sitzes, ob im Gelenk, in einem Schleimbeutel oder an der Kniesehne. Ueber ihre Würdigung wird an anderer Stelle die Rede sein.

Eine abnorme seitliche Beweglichkeit des Oberschenkels zum Unterschenkel liegt nur vor, wenn dieselbe bei gestrecktem Knie erzielt werden kann. Bei gebeugtem Knie ist dieselbe natürlich.

Die Beweglichkeit im Kniegelenk prüft man zunächst im Liegen auf dem Bauch und auf dem Rücken. Namentlich die Bauchlage gibt einwandfreie Resultate, wenn man beide Knie gleichzeitig beugen läßt. Die Streckfähigkeit eines Kniegelenks nach Kniescheibenbruch oder sonstiger Verletzung des Streckapparates darf nur im Sitzen bei wagerecht gehaltenem Oberschenkel geprüft werden. Am zweckmäßigsten geschieht dies während des Sitzens auf dem Tischrande. Läßt man beide Kniee gleichzeitig strecken, bewahrt man sich vor Täuschungen, denn es ist fast unmöglich, bei diesem Versuche der beiderseitigen Oberschenkelmuskulatur willkürlich einen verschiedenen Impuls zu geben. Im Liegen würde die Streckfähigkeit vorgetäuscht werden, indem das Knie durch seine Schwere heruntersinkt; beim Stehen wird die mangelnde Streckfähigkeit vorgetäuscht, indem bei am Boden fixierter Fußsohle die Kniegelenksbeuger den Unterschenkel nach hinten ziehen und so die Streckung zustande bringen.

Eine vorhandene Überstreckbarkeit des Kniegelenks macht sich erkennbar, wenn wir das entspannt gehaltene Bein des in horizontaler

Rückenlage Befindlichen an der Ferse emporheben, oder wenn der Aufrechtstehende mit seiner Körperlast das verletzte Bein allein belasten soll.

Bei mangelnder Gebrauchsfähigkeit des Kniegelenks nimmt die betreffende Oberschenkelmuskulatur schon frühzeitig in beträchtlichem Grade ab, während die Wadenmuskulatur häufig später ein Übermaß aufweist.

Die Häufigkeit der Verletzungen am Fußgelenk zwingt zu einer etwas ausführlicheren anatomisch-physiologischen Betrachtung.

Die Bewegungen des Fußes gegen den Unterschenkel erfolgen in zwei Gelenken. Jedem von ihnen gehört das Sprungbein (Talus) an. Mit dem Unterschenkel (Tibia und Fibula) bildet es das Knöchel- oder Sprunggelenk (Talocruralgelenk), mit dem übrigen Fuße das Talotarsalgelenk.

Das erste Gelenk (Talocruralgelenk) gestattet Bewegungen um eine Querachse: Senken und Heben der Fußspitze (Plantarflexion, Dorsalflexion).

Die seitlichen Gelenkflächen des Sprungbeins stehen nicht ganz parallel zueinander, sondern konvergieren von vorn nach hinten. Beim Heben der Fußspitze müssen daher die Knöchel etwas auseinanderrücken, beim Senken der Fußspitze sich nähern. Dies ist möglich, weil Schien- und Wadenbein durch die Ligg. tibio-fibularia elastisch untereinander verbunden sind. Schon ein Blick auf diese Verhältnisse zeigt, daß Bewegungsstörungen nach Gewalteinwirkungen bestehen bleiben können, ohne daß wir von außen ihre Ursache zu ergründen vermögen.

Die Exkursionsfähigkeit des Sprunggelenks beträgt nach den Untersuchungen der Gebrüder Weber aus der rechtwinkligen Mittelstellung nach beiden Richtungen ungefähr 37°. Bei gleichzeitiger Beugung des Kniegelenks gelingt das Heben der Fußspitze leichter und ausgiebiger, weil dabei der hemmende Einfluß verschiedener Muskelgruppen ausgeschaltet wird.

Das Talotarsalgelenk ist kompliziert gebaut; es setzt sich zusammen aus den Gelenkverbindungen des Sprungbeins mit dem Kahn- und Fersenbein. Seine Bewegungen lösen gleichzeitige in dem Gelenk zwischen Fersenbein und Würfelbein aus. Die Kombination beider Gelenke wird als Chopartsches Gelenk bezeichnet. Diese Bewegungen bewirken ein Einwärts- bezw. Auswärtskehren (Adduktion, Abduktion) der Fußspitze, wobei gleichzeitig ein Heben des inneren bezw. äußeren Fußrandes mit gleichzeitigem Senken des anderen stattfindet.

Im Fußwurzel-Mittelfußknochengelenk, dem sogenannten Lisfrancschen Gelenk, erfolgen Bewegungen nur im Sinne der Streckung und Beugung. Seine Funktion dient, wie die der Zehen, lediglich dem

Vermitteln eines gleichmäßigen Abwickelns der Fußsohle vom Erdboden.

Das Stehen geschieht auf drei Punkten, auf dem Köpfchen des II. und III. Mittelfußknochens und auf dem Fersenbein. Erheben wir uns auf die Fußspitze, so wird die Körperlast niemals von der großen Zehe, sondern von den beiden vorderen Unterstützungspunkten getragen.

Die in gewissem Grade vorhandene Verschieblichkeit der Fußskelettknochen befähigt zu einem besseren Gehen auf ungleichem Boden.

Die spezielle Untersuchung des Fußgelenks erfordert die Prüfung auf Vorhandensein von teigiger Schwellung, die sich namentlich durch Verstrichensein der Achillessehnengruben und undeutliches Hervortreten der Sehnen auf dem Fußrücken noch dann lange Zeit kundgibt, wenn am Unterschenkel keine solche mehr vorhanden. Die Umrisse des Fußgelenks sind durch Vergleich mit dem daneben gehaltenen gesunden Fuß leicht zu beurteilen.

Von den Knochenveränderungen sind Sprungbeinbrüche ohne Dislokation schwer festzustellen.

Das häufige Übersehen von Fersenbeinbrüchen beruht wohl ausschließlich auf Unaufmerksamkeit. Die mit dem Tasterzirkel festzustellende Vergrößerung des Querdurchmessers, die Verbreiterung der Fußsohle am Hackenteil, der größere Tiefstand der Knöchelenden zum Fußboden gegenüber der gesunden Seite läßt die Verhältnisse leicht aufklären.

Finden wir die Fußsohle der erkrankten Seite an den drei Auftrittspunkten mit den gleich ausgeprägten Schwielen bedeckt, wie auf der gesunden, so ist die von einem Verletzten behauptete Gehunfähigkeit nicht vorhanden.

Schonung des Fußgelenkes läßt die Wadenmuskulatur abmagern.

Die Beweglichkeit des Fußgelenks prüfen wir zunächst im Liegen des Verletzten, oder indem wir den kranken Unterschenkel des Sitzenden auf unser Knie legen lassen. Wir messen den Grad, in welchem die Fußspitze sich heben und senken läßt, ebenso stellen wir die Fähigkeit fest, mit der die Fußränder gehoben und gesenkt werden können. Danach prüfen wir die Beweglichkeit der einzelnen Zehen und endlich die Ausführungsmöglichkeit der Rollbewegungen im Fußgelenk. Alles dies bei andauerndem Vergleich mit der gesunden Seite. Einen Teil willkürlichen Spannens schaltet man aus, wenn man gleichzeitig das Kniegelenk mitbewegen läßt.

Danach schreiten wir zur Prüfung der Funktionsfähigkeit für praktische Bedürfnisse, die bei allen Verletzungen der unteren Extremitäten die gleiche ist. Wir beobachten die Gehfähigkeit mit bloßen Füßen auf ebenem Erdboden und lassen eine kleine Stufenleiter besteigen. Hierbei läßt sich einwandfrei feststellen, ob die Körperlast

auch mit dem verletzten Bein anstandslos gehoben wird. Es ist eine alte Erfahrung, daß jeder, der eine Steifheit im Fußgelenk vortäuschen will, mit gestreckt gehaltenem Knie hinkt.

Wollen wir die Stehfähigkeit des verletzten Beines feststellen, so lenken wir die Aufmerksamkeit des Untersuchten davon ab, wenn wir ihm zum Zwecke einer anscheinend anderen Prüfung aufgeben, uns zu zeigen, wie weit er das gesunde Knie durch Heben zu beugen imstande sei.

Weitere Versuche sind: Wir lassen den Verletzten sich auf beide Fußspitzen erheben, auf den Fußspitzen durch das Zimmer gehen. Er muß, wenn er auf beiden Fußspitzen steht, das gesunde Bein hochheben, endlich auf der Spitze des beschädigten Fußes allein vorwärts hüpfen. Den Beschluß macht die tiefe Kniebeuge. Übung schärft unseren Blick dafür, was Unfähigkeit und was mangelnder Wille ist.

Die Art und Weise, wie sich der Verletzte niedersetzt, wie er auf dem Stuhle sitzt und sich wieder erhebt, hat uns schon bei der Beobachtung im Wartezimmer und bei der Aufnahme seiner Klagen einen Anhaltspunkt für die Gebrauchsfähigkeit der Gelenke seiner unteren Extremitäten gegeben.

Über das wirkliche Vorhandensein von Schmerzen im Hüft- und Kniegelenk versichert man sich in unauffälliger Weise, wenn man bei gestrecktem Bein kurze Stöße gegen die Fußsohle führt. Die Überlegung, daß sich dieser Stoß auf die oberen Gelenke fortsetzt und folgerichtig auch hier Schmerzen auslösen müßte, stellt der zu Übertreibungen Neigende im allgemeinen nicht an. Erklärt er also, daß diese Stöße gegen die Fußsohle keine Schmerzen verursachen, so sind wir zu der Annahme berechtigt, daß Knie- und Hüftgelenk tatsächlich schmerzfrei sind. Werden bei völlig negativem Befunde im Kniegelenk Schmerzen in demselben geklagt, so erheischt dies noch eine Untersuchung auf das etwaige Vorhandensein einer Coxitis. Die Endausbreitungen des N. obturatorius, der von seinen Hüftgelenkszweigen aus erregt wird, erstrecken sich bis in die Kniegegend, weshalb in solchen Fällen hier der Schmerz lokalisiert wird.

Zahlreich sind die Fälle, wo nach Kontusionen der Brust Rippenbrüche oder Schmerzen in der Brust mit Anspruch auf Rentengewährung behauptet werden.

Abweichungen des Brustkorbes infolge rachitischer Veränderungen oder alter Wirbelsäulenverkrümmungen lassen sich leicht als solche erkennen und scheiden bei der Berücksichtigung der Unfallsfolgen aus. Die Betrachtung des Brustkorbes zeigt uns, ob beide Brustkorbhälften bei der Atmung gleichmäßig gehoben und gesenkt werden, oder ob eine Seite nachschleppt. Ist das L i t t e n sche Phänomen beiderseits deutlich, finden wir die Atmung regelmäßig, ausgiebig und nicht angestrengt, so ist die Annahme von verbliebenen Unfallsfolgen nicht

berechtigt. Die Feststellung der Atembreite, der Differenz des Brustumfanges in Brustwarzenhöhe bei Ein- und Ausatmung darf nicht unterbleiben.

Jetzt schreiten wir zum Abtasten der knöchernen Bestandteile des Brustkorbes, indem wir mit beiden Händen gleichzeitig über die entsprechenden Partien beider Seiten tastend und fühlend fahren. Sehr oft findet man, daß ein als Verletzungsfolge gedeuteter Höcker sich an der symmetrischen Stelle der anderen Seite wiederfindet. Es handelt sich dann natürlich um eine individuelle Erscheinung.

Die Knochenauftreibungen und Verbiegungen müssen ihrer Lage nach genau beschrieben werden. Es ist auffällig, wie oft sich Gutachten in der zahlenmäßigen Bezeichnung der Rippen widersprechen. Der eine fühlt den Knick an der 4. Rippe, der andere kurz später an der 6. Und doch ist das Zählen der Rippen leicht, wenn man die durch den Angulus Ludovici des Brustbeins schnell zu erkennende 2. Rippe an der vorderen Brustwand als Ausgangspunkt wählt und beim Abtasten der nächsten Rippen, die man jedesmal zwischen zwei Finger nimmt, immer mehr nach außen geht.

Haben wir eine regelwidrige Verdickung an einer Rippe festgestellt, die wir als Unfallsfolge ansprechen können und müssen, so folgt die Untersuchung auf Druckschmerz derselben. Wir bezeichnen die vom Verletzten als schmerzhaft bezeichnete Stelle mit dem Dermographen und prüfen, ob bei verschiedenen, über die ganze Thoraxhälfte sich erstreckenden Versuchen der Druckschmerz konstant am selben Ort erregt wird.

Ein zweiter Versuch findet in der Weise statt, daß wir — unter Schonung der verletzten Stelle — einen seitlichen oder von vorn nach hinten gerichteten Druck auf den Brustkorb ausüben. Durch Hebelwirkung muß sich dieser Druck auch auf die veränderte Stelle fortpflanzen und hier Schmerzen erregen.

Zum Schlusse richten wir unser Augenmerk auf die angeblich schmerzhafte Stelle noch einmal bei der Lungenuntersuchung, die in keinem Falle von Brustkorbinsulten unterbleiben darf. Durch die Lungenuntersuchung ist die Aufmerksamkeit des Verletzten abgelenkt, und nur bei tatsächlicher Empfindlichkeit wird er den mit dem Hörrohr stärker ausgeübten Druck an der betreffenden Stelle mit Beschwerdeäußerungen oder Abwehrbewegungen beantworten.

Endlich gibt uns die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen völlige Klarheit, ob Veränderungen an den Rippen vorliegen, und ob ihre gegenseitige Annäherung und Entfernung beim Atmen in regelrechter Weise stattfindet.

Gelingt es auf keine dieser Arten, eine greifbare Veränderung nachzuweisen, ergibt Auskultation und Perkussion regelrechte Verhält-

nisse der Lunge und des Brustfells, so schließen wir das Vorhandensein von Unfallsfolgen mit Recht aus.

Wir müssen uns vergegenwärtigen, daß Callusmassen durch Druck auf den benachbarten Zwischenrippennerven noch einige Zeit Neuralgien unterhalten können. Ihre objektive Feststellung basiert auf unserer Kenntnis, daß die Zwischenrippennerven nicht in einer horizontalen Ebene um den Thorax ziehen, sondern entsprechend dem Rippenverlauf von vorn bis ungefähr zur Knochenknorpelgrenze sich senken, um sich von dort nach der Wirbelsäule wieder zu erheben. Dem Verletzten sind diese anatomischen Verhältnisse nicht bekannt, und bei nicht vorhandener Neuralgie weisen seine Angaben über Schmerz bald Widersprüche auf.

Die Untersuchung der Wirbelsäule auf Verletzungsfolgen bietet die größten Schwierigkeiten. Sofern sich Befund und Klagen des Verletzten nicht in Einklang bringen lassen, begnüge man sich nicht mit einer einmaligen Untersuchung, sondern empfehle die Anfertigung von Röntgogrammen, wie die Beobachtung in einer Krankenanstalt. Die Betrachtung läßt uns Abweichungen von einem gewissen Grade an erkennen. Da aber häufig ältere Veränderungen — bewußt oder unbewußt — einem Unfall zur Last gelegt werden, so müssen wir uns stets die Frage beantworten, ob eine alte Erkrankung vorliegt (Verkrümmungen infolge von Rachitis, Tuberkulose, pleuritischen Schwarten, Gelenkrheumatismus, Ischias, dauernder Belastung usf.), oder ob wir eine Unfallsfolge vor uns haben.

Die Untersuchung hat zunächst die Echtheit eines an einem Wirbel behaupteten Druckschmerzes zu prüfen. Dauernd sich gleich bleibende Lokalisation spricht für denselben; noch mehr erhärtet wird sein Vorhandensein, wenn der durch plötzliche Belastung beider Schultern oder einen Schlußsprung verursachte „Stauchungsschmerz“ an der nämlichen Stelle auftritt. Dauernde Schmerzen zwingen zu einer modifizierten Haltung der Wirbelsäule, um die empfindliche Stelle nach Kräften zu entlasten. Wir sehen dann einzelne Muskelgruppen sich stärker anspannen.

Die Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule prüfen wir im Stehen auf Beugen nach vorn, nach hinten und nach beiden Seiten. Sodann untersuchen wir die Drehfähigkeit um die Längsachse.

Wir müssen prüfen, ob alle Abschnitte gleichmäßig gebeugt werden, ob sich die Wirbeldornfortsätze gleichmäßig voneinander entfernen, anderenfalls ob immer die gleiche Partie steif gehalten wird.

Mit stärkerer Versteifung auch nur eines Teiles der Wirbelsäule Behaftete erheben Gegenstände vom Erdboden, indem sie in tiefe Kniebeuge gehen.

Wichtige Aufschlüsse über die Gebrauchsfähigkeit der Wirbelsäule

gibt uns die Beobachtung, wie der auf dem Untersuchungstisch Liegende sich auf demselben umdreht, und wie er die Bauchlage erträgt.

Eine Prüfung auf Rückenmarkssymptome darf in keinem Falle unterbleiben.

Die Untersuchung zur Erkennung innerer Krankheiten bei Unfallverletzten weicht kaum von der auf der inneren Klinik gebräuchlichen ab. Schwierigkeiten macht im allgemeinen weniger die Feststellung der Krankheit, als das Urteil, ob dieses Leiden durch den Unfall hervorgerufen oder wesentlich verschlimmert wurde. Indessen möge es besonders betont werden, daß nur denjenigen Se- und Exkreten eine volle Beweiskraft für den einzelnen Fall beigelegt werden kann, die in Gegenwart des Arztes in einen von diesem dargebotenen Behälter entleert werden. Bei der Produktion blutiger Sputa trotz negativen Lungenbefundes versäume man nie, Nase, Rachen und Kehlkopf einer eingehenden Besichtigung zu unterziehen.

Die Untersuchung der Unfallsfolgen an Auge und Ohr gebührt dem zuständigen Facharzt, wie die Beurteilung schwieriger nervöser Krankheiten dem Nervenarzte vorbehalten bleiben soll. Deswegen bedarf aber noch lange nicht jeder Fall von „reizbarer Nervenschwäche“, „Schwindel“ usf. einer fachärztlichen Prüfung. Ein weit verbreiteter Unfug wird leider mit dem Feststellen der „traumatischen Neurose“ getrieben. Pulsbeschleunigung, Nachröten der Haut, Lidschwirren bei Augenfußschluß, sowie Steigerung der Kniesehnenreflexe genügt vielen begutachtenden Ärzten als Unterlage für eine derartige Feststellung. Jeder, der mit der Untersuchung jugendlicher Individuen auf Dienstfähigkeit betraut ist, wird die Erfahrung gemacht haben, daß man diese Symptome bei Hunderten völlig gesunder Leute nachweisen kann. Sie würden aufs höchste bestürzt sein, wollte man sie wegen dieser Erscheinungen, die praktisch meist völlig belanglos sind, für dienstuntauglich erklären.

Kopfschmerzen lassen sich objektiv oft weder vom Arzt, noch vom Facharzt nachweisen. Der allgemeine Eindruck und das Verhalten des Verletzten entscheidet, ob man die dauernden, ihn nie verlassenden Kopfschmerzen, bei sonst negativem Befunde, glauben darf.

Das Rombergsche Phänomen erfreut sich bei begehrlichen Unfallverletzten großer Beliebtheit.

Derjenige, bei dem es tatsächlich vorhanden ist, fällt kaum um. Durch sofortiges Öffnen der Augen und Einnehmen einer anderen Stellung wird er die ihm zu entschwinden drohende Körperbalance wieder zu gewinnen suchen. Auch steht er ganz sicher da, wenn man ihm nur einen Finger als Halt darbietet. Anders der Übertreibende. Er fällt — manchmal schon vor Schluß der Augen oder vor dem Aneinandersetzen der Füße — um, wie ein gefällter Baum, indes nicht ohne sich vorher noch durch einen scheuen Blick über die Nähe ihn

umgebender harter Gegenstände orientiert zu haben. Auch vermag ihm angeblich ein leichtes Stützen keine Sicherheit zu gewähren.

Den Lidschluß kann man ersetzen, wenn man dem Betreffenden die Augen mit den Händen bedeckt. Man muß sich dabei nur hüten, jenes Stirn zu berühren, da bekanntlich bei wirklicher Unfähigkeit, mit geschlossenen Augen und aneinander gestellten Füßen das Gleichgewicht zu bewahren, auch diese kleine Hilfe genügt, ein sicheres Stehen zu gewährleisten.

Ein weiterer Kunstgriff ist der, daß man den der Vortäuschung Verdächtigen den Kopf hintenüber beugen läßt und nun prüft, ob er imstande ist, mit seinen Augenbewegungen dem ihm vorgehaltenen Finger zu folgen. Wenn bei jemanden das Rombergsche Symptom tatsächlich vorhanden ist, vermag er während dieser Übung nicht sicher zu stehen.

Bei ungleichen Pupillen schließe man nicht sofort auf ein schweres Nervenleiden, sondern überzeuge sich zunächst, ob die Differenz nicht durch verschiedene Refraktion der Augen bedingt sei.

Die Qualität der Reflexe prüft man bei möglichst abgelenkter Aufmerksamkeit; die Echtheit durch irreführende Versuche. So klopft man z. B. bei vermuteter Uebertreibungssucht während der Untersuchung der Kniereflexe zunächst neben die Kniesehnen.

Hautgefühlsstörungen werden oft vorgetäuscht. Es ist namentlich schwer, über ihr Vorhandensein Gewißheit zu erhalten, wenn der Untersuchte energisch genug ist, bei Nadelstichen nicht zusammenzuzucken. Liegen gegen seine Angaben Bedenken vor, so erklärt man ihm, daß zunächst festgestellt werden müsse, ob er überhaupt eine Berührung fühle. Zu diesem Zwecke soll er, wenn er die Berührung fühle, mit „ja“, wenn er sie nicht fühle, mit „nein“ antworten. Selbst ein „nein“ beweist, daß er die Berührungsempfindung noch nicht verloren hat. Es belehrt uns aber über das Maß der vorhandenen Glaubwürdigkeit.

Ein uns häufig dargebotenes Krankheitszeichen ist das Zittern einer verletzt gewesenen Extremität. Mutmaßen wir, daß das Zittern der Finger oder der Hand vorgetäuscht sei, so lassen wir beide Arme seitlich horizontal erheben. Nunmehr ergeht die Aufforderung, mit der gesunden Hand einen Buchstaben oder eine Zahl in die Luft zu beschreiben. Bei wirklicher Erkrankung bleibt das Zittern bestehen; das unechte Zittern hört entweder sofort ganz auf oder erleidet stoßweise Unterbrechungen infolge unwillkürlicher Mitbewegungen.

Das Zittern der Beine stellt man auf die Probe, wenn man dem zitternden Fuß seinen Stützpunkt nimmt. Der Sitzende muß das Bein erheben. Zu einem verläßlichen Resultat gelangt man, wenn der Verletzte auf dem Untersuchungstisch die Bauchlage einnehmen muß. Solange die Zehen an der Tischplatte ein Widerlager finden, läßt sich

künstliches Zittern des Beines produzieren. Es wird jedoch zur Unmöglichkeit, wenn man dem Knie eine Beugestellung gibt, so daß der Fuß in der Luft schwebt.

Wir wenden uns nunmehr zu einer Würdigung objektiver Krankheitszeichen, die für die Beurteilung der durch sie bedingten Erwerbseinbuße von Wert sind.

In zahlreichen ärztlichen Attesten stützt sich die Annahme der Erwerbsbeschränkung auf Vorhandensein von Geräuschen in einem Gelenk, bei sonst völlig negativem Befund. Dies ist abwegig. Bedeutung besitzen die Geräusche nur, wenn sie an dem anderen gleichen Gelenk fehlen, und wenn die das Gelenk versorgende Muskulatur eine — in keinem Falle von Gebrauchsbehinderung ausbleibende — Abmagerung aufweist. Heller stellte bei 100 Untersuchungen in 40 Fällen Gelenkgeräusche — einseitige, wie doppelseitige — als völlig normalen Befund fest.

Das Scapularkrachen besitzt nicht den Charakter einer erwerbshindernden Veränderung. Es wird oft als Nebenbefund bei völlig Gesunden bemerkt. Ebenso läßt sich nicht selten bei völlig regelrechten Verhältnissen ein Knacken einzelner Sehnen und Gelenke feststellen.

Von der Wichtigkeit der Umfangsmaße der Extremitäten für die Beurteilung von Unfallsfolgen war schon oben die Rede. Um nicht zu falschen Schlüssen zu kommen, muß man sich vergegenwärtigen, daß der rechte Arm im allgemeinen ein Übermaß von $1—1^1/_2$ cm gegenüber dem linken aufweist. Ein Zurückbleiben des linken Armumfanges innerhalb dieser Grenzen beweist also noch keine krankhafte Abweichung, während der gleiche Umfang beider Arme bei einem arbeitenden Menschen bereits ein relatives Untermaß der rechten Extremität bedeuten kann. Bei Linkshändern sind die Maßverhältnisse natürlich umgekehrt. Die Beinmuskulatur zeigt im allgemeinen beiderseits den gleichen Umfang. Nur bei Leuten, die ein Bein vorzugsweise beanspruchen — wie beim Treten einer Maschine — wird dasselbe mit der Zeit stärker sein, wie das nicht beschäftigte.

Die Schwere der Unfallsfolge an einem Gliede und ihr Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit wird sich im allgemeinen in dem Maße der Abmagerung widerspiegeln. Dabei muß aber die ein Mindermaß zeigende Muskulatur gleichzeitig eine weichere Konsistenz aufweisen. Fehlt eine solche, fühlt sich die dem beschädigten Gliede angehörige Muskulatur ebenso kräftig an, wie die des gesunden, so kommt dem Mindermaß allein keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Dies ist nach Ablauf eines längeren Zeitraumes gewöhnlich der Fall.

Die kritiklose schematisierende Verwertung der Maßresultate muß demnach zu falschen Schlüssen führen.

Es gibt zwei Arten von Muskelatrophie, die wohl unterschieden werden müssen, eine atonische und eine einfache.

Beide Arten gehen mit einer Verringerung der Muskelsubstanz einher. Bei der atonischen Atrophie finden wir neben der quantitativen auch eine qualitative Veränderung. Der Muskel fühlt sich schlaff an, selbst bei Kontraktionsversuchen. Die elektrische Erregbarkeit ist — unter Umständen bis zum völligen Schwinden — herabgemindert. Sudek betont, daß dabei die Kraftminderung keineswegs nur der Umfangsabnahme des Muskels proportional ist, sondern gewöhnlich eine viel erheblichere ist. Anders bei der einfachen, nicht atonischen Atrophie. Hier weist der Muskel trotz des Mindermaßes eine normale Konsistenz auf, und seine elektrische Erregbarkeit ist annähernd normal. Allenfalls zeigt sie eine geringe quantitative Herabsetzung, entsprechend der Volumenminderung. Die Kraftabnahme ist dann nur proportional dem festzustellenden Untermaß und fällt demnach meistens nicht sehr ins Gewicht.

In manchen Fällen ist zu überlegen, ob die vorhandene Muskelatrophie eine unmittelbare Unfallsfolge ist, oder ob sie nicht vielmehr durch ungebührlich langes und festes Wickeln mit einer Binde verursacht wird.

Viele Verletzte gewöhnen sich unnötig an die ihnen bei der Entlassung aus dem Heilverfahren vom Arzt überlassene Binde. Sie behaupten, der gebrochen gewesene — längst konsolidierte — Unterschenkel besäße ohne dieselbe nicht den richtigen Halt. Durch die ganz überflüssige Kompression muß die Muskulatur in ihrer Ernährung erheblich geschädigt werden. Thiem weist darauf hin, daß der ordentliche Gebrauch des unverhüllten Gliedes für den aus dem Heilverfahren entlassenen Unfallverletzten bei weitem besser ist, wie alles Bandagieren.

Vorhandene Ödeme (die teigigen Schwellungen) bedürfen einer Kontrolle hinsichtlich ihrer Entstehung.

Herz- und Nierenkrankheiten, Krampfadern oder Schnürungen — absichtlicher oder unabsichtlicher Art — müssen ausgeschlossen werden können, wenn wir dieselben als unmittelbare Unfallsfolge nach Verletzungen anerkennen sollen.

Das Ödem des Handrückens nötigt zu besonderer Vorsicht, da seine absichtliche Erzeugung — ein italienischer Arbeiter hat hierfür ein besonderes Verfahren veröffentlicht! — wiederholt einwandfrei nachgewiesen worden ist.

Trophische Hautstörungen in ihren mannigfachen Abarten vermögen die geklagten Beschwerden eines Verletzten objektiv in willkommener Weise zu unterstützen, sofern sie nicht auf Erkrankungen des Nervensystems beruhen, die schon vor dem Unfall bestanden haben müssen.

Den Einfluß eines Callus auf die Erwerbsfähigkeit bewerten wir in frischen Fällen nach seiner Größe und seiner Einwirkung auf benachbarte Gelenke, Gefäße und Nervenstämme. Stört der Callus keine Funktion, so hat die Verdickung späterhin lediglich eine anatomische, aber keine erwerbshindernde Bedeutung.

Die Einschätzung der Narben ist abhängig von ihrem Sitz und ihrer Beschaffenheit. Oberflächliche lineare Narben bedingen überhaupt keine Störung. Eine Bedeutung gewinnen Narben erst, wenn sie eine Bewegungsbeschränkung der ihnen benachbarten Gelenke verschulden. So erheischen die strangförmigen, aus dem Niveau herausragenden geschrumpften Narben der Hohlhand, die den Finger in eine fehlerhafte Stellung drängen, stets ernste Beachtung. Befinden sich die Narben an Stellen, die dem Druck ausgesetzt sind, oder an Amputationsstümpfen, so beschränkt ihre zarte Beschaffenheit und Schmerzhaftigkeit die Gebrauchsfähigkeit des verletzten Gliedes sehr wesentlich. Dasselbe ist der Fall bei Narben, die mit dem Knochen, mit Muskeln, Sehnen oder Nerven verwachsen sind. Frei verschiebliche, abgeblaßte, widerstandsfähige und nicht druckschmerzhafte Narben, die die Gebrauchsfähigkeit eines Gelenkes nicht beeinträchtigen, verdienen keine Berücksichtigung beim Abmessen der Rente.

Die Verkürzung der Knochen nach Brüchen spielt an den oberen Extremitäten keine wesentliche Rolle. Wohl aber bei den unteren. Immerhin ist zu bedenken, daß geringe Verkürzungen eines Beines bis zu 2 und 3 cm durch Beckensenkung ausgeglichen zu werden pflegen und auf das Erwerbsleben keinen Schatten werfen.

Gröbere Dislokationen und Verbiegungen der Knochen am Bein bewirken sekundäre Veränderungen in der Belastung der unterhalb der verletzten Stelle gelegenen Gelenke. Die einseitige Inanspruchnahme dieser Organe führt zu Belastungsschmerzen und zu Difformitäten derselben (z. B. traumatischer Plattfuß). Sie verdienen also unsere vollste Aufmerksamkeit als entferntere Unfallsfolgen.

Die Einschätzung der einem Unfall folgenden Erwerbsminderung in Graden ist eine schwierige Aufgabe. Vorausgeschickt muß werden, daß nicht jede anatomische Veränderung des Körpers notgedrungen eine Rentengewährung nach sich ziehen muß. Nicht die Verkürzung und der Callus des gebrochen gewesenen Gliedes, nicht der Verlust einzelner Fingerglieder oder der bei Witterungswechsel auftretende Bruchschmerz bietet Anlaß zu einer Entschädigung, sondern einzig und allein die durch die Unfallsfolgen bedingte Funktionsbehinderung, die für das Erwerbsleben geminderte Gebrauchsfähigkeit des verletzten Organes.

Wird ein bereits blindes Auge durch eine Gewalteinwirkung derart beschädigt, daß es enukleiert werden muß, so liegt kein Anlaß zu

einer Rentengewährung vor. Eine nicht mehr vorhandene Funktion kann nicht verloren gehen.

Der Umstand, daß der Verletzte bereits aus früheren Unfällen Rente bezieht, darf unsere Einschätzung nicht beeinflußen. Es kann daher vorkommen, daß ein mehrere Male Verunglückter Renten von insgesamt mehr als 100 Proz. bezieht. In diesen Fällen wird angenommen, daß die bereits gewährten Renten in dem entsprechenden geringeren Jahresarbeitsverdienst, der der neuen Rente zugrunde gelegt werden muß, ihren Ausgleich finden.

Etwas anderes bestimmt das Gesetz bei der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit nach landwirtschaftlichen Unfällen. Hier muß zunächst festgestellt werden, um wieviel die Erwerbsunfähigkeit vor dem Unfall durch Krankheiten, Alter oder frühere Unfallsfolgen bereits geschmälert war. Danach wird derjenige Grad der Erwerbsfähigkeit ermittelt, der am Tage des Unfalles noch vorhanden war. Unser Gutachten hat dann anzugeben, wieviel von dieser dem Verletzten bis dahin noch verbliebenen Erwerbsfähigkeit durch den letzten Unfall verloren gegangen ist. Ist z. B. ein Landarbeiter durch Leistenbrüche und einen früheren Knöchelbruch bereits vor dem Unfall um 30 Proz. erwerbsbeschränkt gewesen, so zerstört der völlige, sonst mit 70 Proz. eingeschätzte Verlust seines rechten Armes den Rest der noch vorhandenen Erwerbsfähigkeit, er bringt also eine Erwerbsunfähigkeit von 100 Proz. mit sich. Es ist aber der Rentenberechnung nur derjenige Arbeitsverdienst zugrunde gelegt, der entsprechend den bereits bestehenden Leiden ebenfalls um 30 Proz. gekürzt ist.

Jede Verletzung, jeder Verletzte muß unter strengster Vermeidung jeglichen Schematismus individuell beurteilt werden. Die im folgenden wiedergegebenen Tabellen, die einer sehr empfehlenswerten inhaltsreichen Zusammenstellung entnommen sind[1]), können und wollen nur einen ungefähren Anhalt geben, damit man sich in seinen Abschätzungen nicht allzuweit von der gemeinhin beobachteten Praxis entfernt.

Solange ein Schaden noch besserungsfähig erscheint, wird man nach dem üblichen Verfahren des Reichsversicherungsamtes seine Einwirkung auf den besonderen Beruf des Verletzten zugrunde legen müssen. Sind die Verhältnisse stetige geworden, so kommt ausschließlich der allgemeine Arbeitsmarkt mit seiner viel größeren Erwerbsgelegenheit in betracht. Der Feinmechaniker, der 3 Finger der rechten Hand verliert, ist für seinen Beruf dauernd arbeitsunfähig, aber er hat doch noch genug körperliche Fähigkeiten, um sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen Erwerb zu suchen. Er kann Kontordiener sein, kann Botengänge verrichten, er kann Aufsicht üben

1) Zusammenstellung der Entschädigungssätze, welche das Reichsversicherungsamt bei dauernden Unfallschäden gewährt hat. 5. Aufl. Groß-Lichterfelde, Verlag der Arbeiterversorgung, A. Troschel, 1907.

und dergleichen. Der Postbote, dem ein Bein amputiert ist, wird für seinen speziellen Beruf arbeitsunfähig, aber erwerbsfähig bleibt er z. B. für den Beruf als Schreiber, als Zigarrenarbeiter, als Arbeiter in Kartonfabriken. Dabei sei eingefügt, daß vom Arzte nur die Erwerbsfähigkeit [1]) zu prüfen ist, nicht aber die Möglichkeit, für den Verletzten diesen Erwerb an seinem Aufenthaltsorte sich zu beschaffen. Nach Arbeitsgelegenheit hat sich jeder selbst umzutun. Der in aller Stille wohltätige „Verein für Unfallverletzte" Berlin C. 2, Neue Friedrichstraße 3, reicht hierzu gern seine helfende Hand. Für den Arzt ist also die Kenntnis der verschiedenen Berufsarten mit allen ihren Unterabteilungen erforderlich. Sie wird ihm auch das Verstehen des Mechanismus der häufigsten Betriebsunfälle erleichtern, was oftmals von Wichtigkeit für die Beantwortung der schon halb auf juristischem Gebiet liegenden Frage ist, ob überhaupt ein Betriebsunfall, oder nicht vielmehr eine Gewerbekrankheit vorliegt. Unerläßlich ist ferner die Kenntnis der Physiologie der verschiedenen Arbeitsleistungen. Für das Schwingen des Vorschlaghammers kommen andere Muskelgruppen in Betracht als für die Arbeiten mit dem Tapeziererhammer oder die Verrichtungen des Bergmanns mit dem Schlägel. Das Gehen und Stehen des Arbeiters zu ebener Erde erfordert nicht so intakte Fußgelenke, wie das Besteigen der Leitern oder Arbeiten auf Gerüsten und Balkenlagen von seiten des Zimmermanns und der Maurer. Das Mißverhältnis zwischen rein ärztlichem Wissen und der Kenntnis der praktischen Arbeitsverhältnisse ist auch der Grund, warum selbst Gutachten unumstrittener Autoritäten oftmals für die Zugrundelegung bei Rentenfestsetzungen völlig versagen.

Es sprechen also bei der ersten Rentenfestsetzung gleich nach Abschluß des Heilverfahrens andere Erwägungen mit, als in späterer Zeit. Hierzu treten noch weitere Faktoren. Man wird nicht übersehen dürfen, daß nach einem langen Heilverfahren der Verletzte von regelmäßiger Arbeitsverrichtung und ihrem Zwange völlig entwöhnt ist. Ist man sich klar, daß die Ausdauer bei der Arbeit lediglich Gewöhnungssache ist, so wird man bei der ersten Einschätzung daran denken müssen, daß der Verletzte bei der Wiederaufnahme der Arbeit leichter ermüden muß als ein ununterbrochen tätig Gewesener. Diese Betrachtungen führen dann unter Umständen zu einer höheren Bemessung der entstandenen Erwerbseinbuße, als sie den rein objektiven Veränderungen entspricht. Wir müssen dies bei der Begründung des von uns vorgeschlagenen Prozentsatzes in den Gutachten ausdrück-

---

1) Die Arbeit „Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit auf dem Gebiete des Versicherungswesens" von H. Siefart, Geh. Reg.-Rat und Senatsvorsitzendem im Reichsversicherungsamt (Berlin, Verlag Behrendt & Co., 1908) bietet eine belehrende und genußreiche Lektüre.

lich erwähnen und die Rente in dieser Höhe durch die Bezeichnung als Schonungs- oder Übergangsrente besonders kenntlich machen. Dadurch wird angedeutet, daß nach Ablauf einer gewissen Zeit, auch bei gleichbleibendem objektiven Befunde, eine Rentenminderung eintreten kann, wenn nur die sonstigen, für uns früher maßgebenden Momente fortgefallen sind.

Von weiterem Einfluß auf die Höhe der Einschätzung ist das Geschlecht, das Alter und die sonstige körperliche Unversehrtheit und Rüstigkeit des Verletzten.

Bei weiblichen Wesen kommt nicht allein die Berufsarbeit, bei der sie verunglückten, in Betracht. Ihnen kommen im Leben neben der Berufstätigkeit auch häusliche Arbeiten, wie Waschen, Nähen usw. zu. In den Rahmen weiblichen Erwerbslebens fällt ferner die Beschäftigung als Hausmädchen, Köchin, Kinderfrau. Daß ihre Verletzung sie auch gegebenenfalls in diesen Verrichtungen behindert, ist nach der ständigen Jurisdiktion des Reichsversicherungsamtes durch einen gewissen Zuschlag zur Rente zu erkennen zu geben. Außerdem macht sich bei ihnen die Entstellung in höherem Grade bemerkbar als bei Männern. Alte gebrechliche Leute empfinden die Wirkung der Unfallsfolgen auf ihr Erwerbsleben schwerer als junge und rüstige Leute, denen naturgemäß ein größeres Anpassungsvermögen innewohnt, und ein weiterer Kreis von Arbeitsgelegenheit offen steht.

Rentengewährungen von weniger als 10 Proz. finden in neuerer Zeit nicht mehr statt. Bloße Unbequemlichkeiten, z. B. zeitweise Schmerzen bei Witterungswechsel, rechtfertigen keinen Rentenanspruch.

Eintretende Besserungen im objektiven Befunde erhöhen im allgemeinen die Erwerbsfähigkeit des Verletzten und ziehen dementsprechend eine Herabsetzung der Rente nach sich.

Aber auch bei gleichbleibendem objektiven Befunde wird im Laufe der Zeit eine Rentenminderung durch Gewöhnung und Anpassung an den verbliebenen Zustand gerechtfertigt. Wieweit eine Gewöhnung an verbliebene Unfallsfolgen von den Spruchbehörden unter Berücksichtigung der täglichen Lebenserfahrung angenommen wird, erweisen die folgenden Abbildungen. Dieselben sind einer Zusammenstellung [1]) der Sektion I der Nordwestlichen Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft zu Hannover entnommen. Die weißen Stellen bezeichnen die Ausdehnung des Gliederverlustes. Der erste Prozentsatz entspricht der ersten Rentengewährung nach Abschluß des Heilverfahrens, der zweite der Einschätzung nach Annahme der Gewöhnung.

---

1) Die Gewöhnung an Unfallfolgen als Besserung im Sinne des § 88 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes. Hannover, Verlag der Göhmannschen Buchdruckerei (Fr. Diers) 1908.

Rechte Hand.


1. Arbeiter. 10 % : 0 %.


2. Schlosserlehrling. 10 % : 0 %.


3. Maschinenarbeiter. 10 % : 0 %.


4. Arbeiter. 10 % : 0 %.


5. Arbeiter. 15 % : 0 %.


6. Kreissägenschneider. 7 1/2 % : 0 %.


7. Platzarbeiter. 10 % : 0 %.


8. Tagelöhner. 10 % : 0 %.


9. Dreher. 10 % : 0 %.


10. Dreher. 25 % : 15 %.


11. Modelltischler. 20 % : 10 %.


12. Vorarbeiter, früher Stanzer. 20 % : 15 %.


13. Arbeiter. 60 % : 50 %.


14. Kupferschmied. 15 % : 0 %.


15. Stellmacher. 40 % : 30 %.

Linke Hand.



16. Schlosser (qualif. Arbeiter). 15 % : 0 %.



17. Arbeiter. 10 % : 0 %.



18. Schlosser. 20 % : 0 %.



19. Tischler. 10 % : 0 %.



20. Arbeiter. 10 % : 0 %.



21. Schlosser. 10 % : 0 %.



22. Holzbildhauer. 5 % : 0 %.



23. Arbeiter. $7\frac{1}{2}$ % : 0 %.



24. Schlosser. 10 % : 0 %.



25. Maschinist. 35 % : 25 %.



26. Maschinenmeister. 20 % : 10 %.



27. Arbeiter. 25 % : 15 %.



28. Arbeiter. $33\frac{1}{3}$ % : 20 %.



29. Maurer. 10 % : 0 %.

Beide Hände.



30. Stanzer. 50 % : 40 %.

Bei der Abschätzung von Unfallsfolgen an den Extremitäten gehen wir zunächst von den Entschädigungssätzen aus, die für die völlige Einbuße derselben gewährt werden. Der Verlust des ganzen rechten Armes bedingt eine Rente von 75 Proz., des linken eine solche von 60 Proz. Der eines Beines Beraubte erhält eine 60-proz. Rente. Diese Bewertung bezieht sich auf den glatten Verlust. Treten besondere Komplikationen hinzu, wie ungünstige Beschaffenheit des Stumpfes und Schmerzhaftigkeit seiner Narben, so erhöht sich hierdurch die zu gewährende Rente. Wir werden also bei Beschädigungen der Extremitäten die Höhe des vorhandenen Schadens zahlenmäßig finden, wenn wir uns überlegen, um wieviel der Verunglückte nach Art seiner Verletzung noch besser daran ist, als wenn er das ganze Glied verloren hätte. Daß der völlige Handverlust nicht viel günstiger für die Verrichtung von Arbeiten ist wie die Absetzung der gesamten Extremität, leuchtet ein. Derartige Armstümpfe können höchstens in der Ellenbeuge kleine Lasten tragen, gegebenenfalls nach Maßgabe ihrer Beschaffenheit die gesunde Hand durch Darbieten eines Widerlagers unterstützen. Daher sind die Rentengewährungen bei Verlust der Hand nicht viel geringer als beim Armverlust, sie schwanken zwischen 50 und 75 Proz.

Völlig verfehlt ist es, je nach der Länge des verbliebenen Armstumpfes einen mehr oder minder günstigen Zustand konstruieren zu wollen. Nicht die Länge des abgesetzten Gliedes wird entschädigt, einzig und allein die verbliebene Verwendbarkeit für eine Arbeitsleistung kommt in Betracht. Hieraus folgt, daß der Verlust sämtlicher Finger dem Fehlen der Hand wiederum annähernd gleich kommt. Denn der bloße Handteller vermag wenig zu schaffen.

Für die Wertigkeit der Finger haben sich Erfahrungsgrundsätze herausgebildet. Für den durch keine ungünstigen Narbenverhältnisse komplizierten Verlust eines Ring- oder Mittelfingers wird im allgemeinen nach Eintritt der Gewöhnung keine Rente gewährt, während frischen Fällen eine Uebergangsrente von 10—15 Proz. zukommt. In der Entfernung eines Teiles des zugehörigen Mittelhandknochens nach dem Vorgange von Adelmann liegt hier keine Erschwerung der Unfallsfolgen, vielmehr wird durch das Aneinanderrücken der parallel stehen bleibenden Nachbarfinger ein möglichst günstiger Zustand erreicht.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn bei Verlust des Daumens oder des kleinen Fingers der entsprechende Mittelhandknochen ebenfalls dem Unfalle zum Opfer fiel.

Das Fehlen des V. Mittelhandknochens verschmälert die eigentliche Handfläche in fühlbarer Weise, ihre Sicherheit für das Festhalten von Werkzeugen wird dadurch erheblich beeinträchtigt.

Der Wert des kleinen Fingers wird durch das Versagen einer

Rentengewährung bei seinem völligen Verlust nicht genügend berücksichtigt. Ich befinde mich mit dieser Auffassung in voller Uebereinstimmung mit Becker, dem Altmeister der Unfallbegutachtung. Wie der Daumen hat auch der kleine Finger durch seine Stellung am Außenrande und durch seine differenzierte Muskulatur eine Sonderstellung. Sein Abduktor leitet den Akt des Fingerspreizens nach der Ellenseite hin ein. Sein Verlust muß daher die Spreizfähigkeit der Hand ungünstig beeinflussen.

Sein Musculus opponens nähert den Mittelhandknochen demjenigen des Daumens und trägt dazu bei, der Handfläche eine Hohlform zu geben. Beim Heben einer röhrenförmigen Last saugt er sich durch diese Muskeltätigkeit fest an dieselbe an und vergrößert unsere Kraftentfaltung, wie wir es z. B. beim Betrachten der Arbeitsleistung eines Asphaltstampfers beobachten können. Beim Regieren eines Hammers verleiht er demselben nach den Hebelgesetzen den größten Schwung, weil sein Angriffspunkt von dem Hypomochlion — dem Zeigefinger — am weitesten entfernt ist.

Während sich somit die Wirkung des Ring- oder Mittelfingers lediglich als Unterstützung der übrigen Finger charakterisiert, kommt dem kleinen Finger eine besondere, hochwichtige Funktion zu, deren Ausfall sich beim Gebrauch der Hand stets empfindlich bemerkbar machen muß.

Der Mittelhandknochen des Daumens nimmt durch seine besondere Beweglichkeit im Handwurzel-Mittelhandknochengelenk einen besonderen Rang ein. Beim glatten Verlust des Daumens im Grundgelenk, der rechts eine 25-prozentige, links eine 15-prozentige Rentengewährung veranlaßt, vermag der verbliebene Mittelhandknochen immer noch den übrigen Fingern gegenübergestellt und beim Halten von Gegenständen nützlich verwertet zu werden. Sein gleichzeitiges Fehlen mindert daher die Gebrauchsfähigkeit der Hand in höherem Grade als der einfache Verlust des Daumens.

Der Zeigefinger besitzt in seinem Endgliede allgemein die am höchsten ausgebildete Fähigkeit des Fühlens. Der Verlust der Spitze macht sich daher bei einem Feinarbeiter in störender Weise geltend und wird zunächst eine auf 10—15 Proz. einzuschätzende Erwerbseinbuße im Gefolge haben. Man darf aber nicht vergessen, daß mit der Zeit durch Übung und Gewöhnung der dritte Finger die Funktionen der verloren gegangenen Zeigefingerkuppe übernehmen lernt. Der völlige Verlust des rechten Zeigefingers rechtfertigt beim Feinarbeiter eine Rentengewährung bis zu 25 Proz., der des linken bis zu 15 Proz.

Dem Verluste eines Fingers kommt seine völlige Versteifung häufig gleich, wenn nicht gar durch seine ungünstige Stellung die Hand in ihrer Verwendbarkeit noch mehr geschmälert wird, als durch

sein einfaches Fehlen. Am störendsten wirkt der in Überstreckung versteifte Finger, weil er bei dem Gebrauch der Hand überall anstoßen muß. In starker Beugestellung heben sie die Fähigkeit des Greifens auf. Der fest in die Hohlhand eingeschlagene Mittelfinger läßt auf der einen Seite nur Zeigefinger und Daumen, auf der anderen Seite Ring- und Kleinfinger sich noch ungestört betätigen. Beide Fingergruppen vermögen nicht gleichzeitig zu greifen und sich bei diesem Akt nicht gegenseitig zu unterstützen. Ihre Greiftätigkeit erschöpft sich beim Halten kleinerer Gegenstände. Beim Schieben und Stoßen mit den Fingerspitzen, z. B. beim Dirigieren eines Brettes an der Abrichtemaschine macht sich indessen diese Art der Verkrüppelung weniger bemerkbar. Ein in die Hohlhand unbeweglich eingeschlagener Finger kann daher unter Umständen eine Rentengewährung von 30 Proz. rechtfertigen. Am günstigsten ist für die Versteifung eine leichte gleichmäßige Beugestellung aller Fingergelenke, die gegebenenfalls keine nennenswerte Erwerbseinbuße im Gefolge zu haben braucht. Wir müssen uns aber erinnern, daß der 3., 4. und 5. Finger durch die dorsalen Sehnenanastomosen miteinander verbunden sind. So kann die Steifheit des einen die übrigen, auch wenn sie unverletzt und völlig normal sind, in ihrer Funktion erheblich beeinflussen.

Rentengewährung bei Fingerverletzungen.

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
			a) Rechter Daumen.	
1	3738/95	Heizer	Verlust der Kuppe	0
2	1965/99	Fördermann	Verlust des oberen Endes des Nagelgliedes	0
3	4428/94	Tagelöhner	Verlust des Nagelgliedes	0
4	11118/01	Kreissäger	Desgl.	10
5	5964/02	Nietmeister	Desgl.	10
6	9019/05	Holzarbeiter	Desgl.	0
7	9508/00	Bierfahrer	Geringe Verdickung und völlige Versteifung des Endgliedes	0
8	6397/98	Heizer	Geringfügige Deformation und Verkürzung des Grundgliedes um 1 cm	0
9	4801/95	Zimmerer	Verlust des größten Teiles des Daumens	0
10	903/00	Zimmerer	Mangelhafte Streckfähigkeit des Daumens	0
11	3961/01	Landmann	Völlige Steifheit im Endgliede und teilweise Steifheit im unteren Gelenk	10
12	2405/05	Zimmergeselle	Teilweise Steifheit des Daumens. Endglied kann aktiv und passiv um 45 Grad gebeugt werden	0

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
			b) Linker Daumen.	
13	356/95	Steinschläger	Fehlen eines Teiles des Nagelgliedes	0
14	1828/00	Schriftsetzer	Verkürzung des Daumens um $^1/_2$ cm und kolbige Gestaltung des Endgliedes	0
15	3993/99	Schleifer	Verkürzung des Daumens um 2 cm	0
16	344/89	Schleifer	Verlust des 1. und eines Teiles des 2. Gliedes	10
17	7484/96	Maurergeselle	Verlust des Endgliedes und eines Stückes des unteren Gliedes	10
18	647/94	Schuhmacher	Verlust des Daumens	20
19	4193/95	Drahtzieher	Verlust des Daumens einschließlich des zugehörigen Handwurzelknochens	30
20	1780/03	Steindrucker	Linker Daumen kann nicht ganz abgespreizt werden	0
21	4030/05	Abnehmer	Versteifung des Endgelenkes des linken Daumens. Handschluß gelingt vollkommen	10
			c) Rechter Zeigefinger.	
22	4017/94	Masch.-Meister	Verstümmelung der Kuppe	0
23	3720/00	Stanzer	Verkürzung des Nagelgliedes um 1 cm. Mittelglied ist knöchern versteift in gestreckter Stellung	10
24	9336/00	Tiefbauarbeiter	Verlust der Hälfte des Nagelgliedes	0
25	1682/04	Arbeiter	Desgl.	0
26	1682/04	Arbeiter	Desgl.	0
27	109/86	Packetierer	Verlust des Nagelgliedes	0
28	4132/94	Minderjähriger Bergarbeiter	Desgl.	0
29	6861/94	Bergmann	Verlust des Nagelgliedes	0
30	1429/96	Schreiner	Desgl.	0
31	1450/99	Arbeiterin in Kartonnagenfabrik	Desgl.	0
32	2047/01	Fleischergeselle	Desgl.	0
33	6369/01	Schmiedegeselle	Desgl.	0
34	104/04	Fleischergeselle	Desgl.	0
35	7049/06	Bestmann	Verlust des Nagelgliedes und Steifheit des Stumpfes	0
36	10211/05	Maschinenarbeiter	Verlust des Endgliedes und des Köpfchens des Mittelgliedes	0
37	13289/05	Früherer Werkmeister, jetziger Monteur	Verlust des Endgliedes, Beugungsbehinderung des Stumpfes, der beim Einschlagen noch 2 cm von der Hohlhand entfernt bleibt, sowie geringe Empfindlichkeit	10
38	4286/00	Arbeiterin	Verlust von $1^1/_2$ Gliedern	10
39	4243/00	Schleifer	Desgl.	15
40	10091/02	Brauer	Desgl.	10
41	276/87	Heizer	Verlust der beiden ersten Glieder	15
42	209/87	Fabrikarbeiter	Desgl.	10
43	999/89	Papierschneider	Desgl.	10
44	629/00	Maschinenarbeit.	Desgl.	10

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
45	6971/00	Zuschläger	Verlust des Zeigefingers bis auf einen 4 cm langen Stumpf	10
46	7451/00	Heizer	Amputation des Zeigefingers in der Mitte des Grundgliedes	10
47	76/88	Bergmann	Verlust des Zeigefingers	10
48	982/89	Minderjähriger Bergmann	Desgl.	10
49	344/90	Schuhmacher	Desgl.	20
50	1933/94	Minderjähriger Goldschläger	Desgl.	10
51	9806/98	Arbeit. d. Papierbearbeitungsbranche	Desgl.	15
52	8925/01 9382/01	Schlosser	Desgl.	20
53	8827/96	Maurer	Gänzliche Steifheit des abgemagerten Zeigefingers	20
54	7507/97	Minderjähriger Arbeiter	Beeinträchtigung der Streckfähigkeit des Zeigefingers, Beugefähigkeit ist intakt	0
55	2590/03	Kapitän	Geringe Verkrümmung und Versteifung des Zeigefingers	0
56	11476/02	Weber	Verkrüppelung des Zeigefingers	10

d) Linker Zeigefinger.

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
57	4727/01	Kernmacher	Verlust der Kuppe (qualifizierter, auf besondere Fingerfertigkeit angewiesener Arbeiter)	10
58	12487/01	Zimmermann	Verlust der Kuppe	0
59	72/86	Arbeiter	Verlust des Nagelgliedes	0
60	1366/89	Gipsbrenner	Desgl.	0
61	9748/98	Dreher	Desgl.	0
62	2587/01	Bergmann	Desgl. (Nebenberuf als Musiker mit berücksichtigt)	0
63	105/87	Maschinenführer	Verlust des Nagelgliedes und Steifheit der übrig gebliebenen Fingerglieder	10
64	307/90	Waschmeister	Verlust des Nagelgliedes, sowie Beschränkung der Beweglichkeit des zweiten Fingergelenkes	10
65	203/98	Bergmann	Verlust eines Nagelgliedes und eines Teiles des Mittelgliedes	0
66	9679/97	Heizer	Verkürzung des Zeigefingers um etwas mehr als ein Glied, verbunden mit geringer Beschränkung der Beugefähigkeit	0
67	6148/00	Ziegler	Verlust von $1^1/_2$ Gliedern	0
68	5745/02	Bergmann	Desgl.	0
69	391/92	Dienstknecht	Verlust des Nagelgliedes und eines kleinen Teiles des zweiten Gliedes sowie Steifheit des letzteren	0
70	560/96	Schlosser	Verlust des Nagelgliedes und der kleineren Hälfte des Mittelgliedes	0
71	6781/95	Arbeiter	Verkürzung um $2^1/_4$ Glied	0

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
72	7942/97	Schmiedegeselle	Fast gänzlicher Verlust des Zeigefingers	10
73	1122/88	Klempner	Verlust des Zeigefingers	15
74	4999/97	Bergmann	Beschränkung der Beugefähigkeit des Zeigefingers	0
75	8496/99	Hauer	Versteifung des Endgliedes des Zeigefingers und mäßige Verdünnung der beiden letzten Glieder	10
76	4068/00	Former	Knochen des Nagelgliedes ist verdickt, das letzte Gelenk ist bei geringer Beugestellung völlig steif	0
77	6336/95	Mühlenbauer	Völlige Steifheit des Zeigefingers	15
78	9640/06	Schiffer	Bewegungsbeschränkung im untersten Gliede. Der Finger bleibt bei der Faustbildung 5 cm vom Handteller entfernt	0
			e) Rechter Mittelfinger.	
79	3439/94	Minderjähriger Bergarbeiter	Verlust des Endgliedes	0
80	4136/04	Bergmann	Desgl.	0
81	2677/99	Fleischer	Verstümmelung des Nagels und Versteifung des oberen Gelenkes in einem Winkel von 150 Grad	0
82	1737/00	Klempnermstr.	Steife Beugestellung des Endgliedes	10
83	876/87	Arbeiter	Verlust des Nagelgliedes und eines geringen Teiles des zweiten Gliedes	0
			f) Linker Mittelfinger.	
84	3070/92	Handlanger	Verlust des Nagelgliedes und geringe Steifigkeit des Stumpfes	0
85	3660/98	Bergarbeiter	Verlust des Endgliedes, Mißgestaltung des verbliebenen Restes	0
86	302/01	Färber	Steifheit und leichte Beugestellung des Endgliedes	0
87	5708/01	Fabrikarbeiter	Verlust von $1^1/_2$ Gliedern	0
88	11545/04	Bergmann	Verlust des Mittelfingers	0
89	660/87	Maurer	Vollständige Steifheit des Mittelfingers in dem Gelenk zwischen erster und zweiter Phalanx und erhebliche Beschränkung der Beweglichkeit dieses Fingers	0
90	4956/01	Schlosser	Versteifung des Mittelfingers im ersten und zweiten Zwischenfingergelenk	0
91	10035/05	Zimmerhauer	Teilweiser Ausfall in der Streckfähigkeit des Mittelfingers	0
			g) Rechter Ringfinger.	
92	3646/93	Minderjähriger Bergmann	Verlust des Nagelgliedes	0
93	1920/94	Hauer	Desgl.	0
94	4963/95	Bergmann	Steifheit des Nagelgliedes	0
95	107/95	Presser	Verlust der beiden ersten Glieder	0
96	6035/98	Schlepper	Desgl.	0
97	982/90	Eisendreher	Verlust des Ringfingers	0

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
			h) Linker Ringfinger.	
98	7989/00	Arbeiter	Verkürzung des Endgliedes und Zurückbleiben bei der Beugung um Fingerbreite von der Handfläche	0
99	459/01	Reproduktionsphotograph	Verkrüppelung des Nagels und Beugestellung des Endgliedes	10
100	675/89	Hobler	Verlust des Nagelgliedes	0
101	2625/99	Hauer	Verlust der beiden ersten Glieder, sowie des Köpfchens des Grundgliedes	0
102	6113/96	Bauarbeiter	Verlust der beiden Endglieder	0
103	1193/90	Grubensteiger	Verlust des Ringfingers	0
104		Holzbildhauer (Qualitätsarb.)	Desgl.	0
			i) Rechter kleiner Finger.	
105	1911/89	Maschinenschlosser	Verlust eines Teiles des ersten Gliedes	0
106	7708/98	Arbeiter	Verlust eines Stückes der Spitze	0
107	858/94	Schreiner	Verlust von 1 cm des Nagelgliedes und Steifheit der Gelenke zwischen den beiden Endgliedern	0
108	624/93	Ziegeleiarbeiter	Verlust von $1^1/_2$ Gliedern	0
109	4105/94	Bergmann	Exartikulation des kleinen Fingers im zweiten Gelenk	0
110	829/95	Arbeiter	Verlust zweier Glieder	0
111	2992/96	Fleischergeselle	Verlust des kleinen Fingers	10
112	2664/00	Tischler	Desgl.	0
			k) Linker kleiner Finger.	
113	983/87	Modelltischler	Verlust des Nagelgliedes	0
114	5136/93	Bergmann	Amputation in der Mitte des Mittelgliedes	0
115	8170/97	Transporteur	Verlust des Nagelgliedes und des größten Teiles des zweiten Gliedes	0
116	1810/98	Handlanger	Verlust von $1^1/_2$ Gliedern (verbliebener Rest wirkt beim Faustschluß nicht mit)	0
117	3469/00	Maschinenschreiner	Verlust des letzten Gliedes und Steifigkeit des ersten Gelenks	0
118	2479/92	Minderjähr. Arb.	Verlust der beiden Endglieder	0
119	7573/97	Zementeur	Verlust des kleinen Fingers	10
120	10288/97	Maschinenarbeit.	Desgl.	0
121	8462/99	Zimmermann	Desgl.	0
122	14743/03	Bergarbeiter	Desgl.	10
123	11628/04	Schmied und Schlosser (qualifiziert. Arbeit.)	Verlust des kleinen Fingers und des zugehörigen Mittelhandknochens	15

Sind mehrere Finger einer Hand verletzt worden, so ist es unzulässig, die Höhe des Schadens in der Weise ermitteln zu wollen, daß man die Rentensätze für die einzelnen Finger addiert.

Nur eine eingehende Überlegung, was für nutzbringende Arbeit sich bei dem verbliebenen Zustande der Hand überhaupt noch leisten läßt, kann uns den richtigen Weg weisen.

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
			l) Mehrere Finger rechts.	
124	3104/97	Papiermacherlehrling	Verlust des Nagelgliedes des Daumens, sowie der beiden vorderen Glieder des Zeigefingers	25
125	3558/00	Landwirt	Steifigkeit des Daumens und Zeigefingers	25
126	897/98	Fabrikarbeiter	Verlust des Daumens, Zeige- und Mittelfingers	50
127	2674/00	Arbeiter	Gänzlicher Verlust des Mittelfingers, sowie des Daumens und Zeigefingers bis auf kleine Stümpfe	60
128	5208/98	Glaser	Verlust der beiden ersten Glieder des Zeigefingers. Das Grundgelenk dieses Fingers ist etwas versteift, der Mittelfinger ist verkürzt und das Nagelglied völlig steif	25
129	1873/00	Bergarbeiter	Verlust des Nagelgliedes des Zeigefingers und eines Teiles des Mittelfingers	0
130	165/86	Maschinenwärter	Behinderung der Streckfähigkeit und teilweise Kraftlosigkeit des Zeige- und Ringfingers, Verlust des Mittelfingers	25
131	585/87	Zeichenschreiner	Verlust der beiden ersten Glieder des Zeigefingers, sowie des ganzen Mittelfingers, Krümmung des Ringfingers und fast vollständige Gebrauchsunfähigkeit der Hand	50
132	6602/99	Landwirtschaftlicher Arbeiter	Die Grundgelenke des 2., 3. und 4. Fingers stehen in rechtem Winkel steif, desgleichen besteht Steifheit des zweiten Gelenks des 3. Fingers. Hand kann nicht völlig geschlossen werden	$33^1/_3$
133	13730/02	Arbeiter	Verlust der beiden ersten Glieder des Zeige- und Mittelfingers, sowie des Nagelgliedes des Ringfingers	$33^1/_3$
134	4583/03	Arbeiter	Glatter Verlust der beiden Endglieder des 2., 3. und 4. Fingers	60
135	89/86	Kesselschmied	Verlust des Zeige-, Mittel-, Ring- und kleinen Fingers	75
136	235/86	Monteur	Nahezu völlige Steifheit des Zeige-, Mittel- und kleinen Fingers, gänzliche Steifheit des Ringfingers, sowie leichte Beugestellung dieser sämtlichen Finger	60
137	349/87	Minderjährige Fabrikarbeiterin	Verlust des Mittel- und Ringfingers, Beeinträchtigung der Beweglichkeit des Zeige- und kleinen Fingers	40
138	689/87	Arbeiter	Verlust des Zeige-, Mittel-, Ring- und kleinen Fingers	$66^2/_3$
139	825/87	Arbeiter	Vollständige Zerstörung der Strecksehnen der drei Mittelfinger und Steifheit sämtlicher Finger mit Ausnahme des Daumens	60

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
140	758/87	Arbeiter	Verlust der vier Greiffinger bis auf einen Stumpf des Zeigefingers	60
141	9662/02	Hobler	Verlust des Zeige-, Mittel-, Ring- und kleinen Fingers	60
142	8577/03	Arbeiter	Verlust sämtlicher Finger der rechten Hand mit Ausnahme des Daumens. Die Mittelhandknochen fehlen gleichfalls teilweise. Auch ist das verletzte Glied in so auffälliger Weise entstellt, daß es kaum noch irgendwelche Ähnlichkeit mit einer menschlichen Hand aufweist	70
143	3402/92	Arbeiter	Verlust des Mittel-, Ring- und kleinen Fingers bis auf kleine Stümpfe	$33^1/_3$
144	6894/05	Rangierer	Verlust des Ring- und kleinen Fingers nebst den dazu gehörigen Mittelhandknochen	40
145	262/86	Schlosser	Verlust des Daumens, sowie Steifheit der übrigen Finger der rechten Hand	$66^2/_3$
146	4362/98	Blechschachtelausstanzer	Verlust des überwiegenden Teiles des Zeige-, Mittel- und Ringfingers. Herabsetzung der Gebrauchsfähigkeit, insbesondere der Haltekraft des Daumens und kleinen Fingers	$66^2/_3$
147	2090/98	Streckenarbeiter	Zeige-, Mittel-, Ring- und kleiner Finger sind fest gegeneinander gepreßt, sind in Krallenstellung übereinander geschoben und können bloß passiv unter Schmerzen bewegt werden. Auch der Daumen ist im wesentlichen steif und zu keiner Leistung mehr brauchbar	70
148	1318/00	Bergmann	Verlust des kleinen Fingers, völlige Versteifung der übrigen Finger und des Handgelenks	$66^2/_3$
			m) Mehrere Finger links.	
149	1601/90	Arbeiter	Amputation des Daumens, sowie Verlust von $2^1/_2$ Gliedern des Zeigefingers und zweier Glieder des Mitelfingers	45
150	8056/00	Brunnenmacher	Verlust des Daumens, Zeige- und Mittelfingers	50
151	7312/00	Heizer	Fast völliger Verlust des Nagelgliedes des Zeige- und Mittelfingers (Eigenschaft als Linkshänder mit berücksichtigt)	10
152	9005/00	Arbeiter	Verlust der beiden obersten Glieder des Zeige- und Mittelfingers	10
153	460/87	Müller	Narbige Verkrüppelung der letzten Glieder des Zeige-, Mittel- und Ringfingers, sowie geringe Steifigkeit dieser Finger	0
154	84/88	Brettschneider u. Müller	Verlust der drei Mittelfinger bis zur Mitte des Mittelhandknochens	45

Laufende Nr.	Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
155	1044/87	Maschinenputzer	Verlust der Strecksehnen des Zeige-, Mittel-, Ring- und kleinen Fingers und dadurch bedingte völlige Steifheit der Finger (Alter von 68 Jahren berücksichtigt)	$66^2/_3$
156	2930/91	Maschinenarbeiter	Verlust des Zeige-, Mittel-, Ring- und kleinen Fingers	60
157	4693/93	Handarbeiter	Verlust des größten Teils des Zeigefingers. Steifheit des Mittel- und Endgliedes des Ringfingers. Mäßige Steifheit des Mittelfingers, sowie geringe Beschränkung der Beweglichkeit.	40
158	10383/03	Schneidemüller	Glatter Verlust der Endglieder des Mittel- und Ringfingers	0
159	62/86	Bergmann	Gänzliche Gebrauchsunfähigkeit des Zeige-, Mittel-, Ring- und kleinen Fingers. Teilweise Störung der Funktionsfähigkeit des Daumens	60
160	523/87	Drechslerlehrling	Verlust sämtlicher Finger der linken Hand	50
161	2606/97	Arbeiter	Geringe partielle Lähmung der Streckmuskeln sämtlicher Finger der linken Hand	0
162	3610/98	Kutscher	Gänzlicher Verlust des Mittel- und Ringfingers, von letzterem auch Verlust des Köpfchens des Mittelhandknochens. Der kleine Finger ist in gebeugter Stellung versteift, vom Zeigefinger fehlen die beiden ersten Glieder, die Grundgelenke dieses Fingers sowie des Daumens nur schwer beweglich	40
163	2929/01	Heizer	Völlige Steifheit des atrophischen Daumens, Verlust der übrigen Finger. Drehung der Hand und des Armes völlig aufgehoben	$66^2/_3$
164	4973/04	Schwachsinniger Zuschläger	Amputation des Mittel- und Ringfingers einschließlich der zugehörigen Mittelhandknochen. Völlige Versteifung der übrigen Finger, sowie des Handgelenks. Schwachsinnigkeit ist besonders mit berücksichtigt	90

Soll eine gesunde Hand ihre unbeschränkte Tätigkeit entfalten, so muß sie sich in jeder normalerweise möglichen Richtung und Höhe betätigen können. Dies ist nur möglich, wenn die Armgelenke, die Hilfsorgane der Hand, die ihr das Arbeiten in den verschiedensten Positionen zum Körper gestatten, völlig funktionsfähig sind.

Das von unserer Hände Tätigkeit bestrichene Gebiet gleicht dem Segment einer Hohlkugel von verschiedenem Halbmesser, der sich

nach jeweiliger Stellung des Ellenbogen- und Schultergelenks vergrößert oder verringert. Die meisten Arbeiten spielen sich im unteren Kugelsegment ab, das unterhalb des horizontal gestreckten Armes liegt. Gelingt es, den Oberarm bis zur Horizontalen zu erheben, so vermag bei erhaltener Rotationsfähigkeit des Schultergelenks und bei intaktem Ellenbogengelenk die Hand noch einen annehmbaren Teil des oberen Kugelabschnittes zu beherrschen.

Die Unmöglichkeit, den sonst gesunden Arm über die Horizontale zu erheben, entwertet ihn um ein Drittel seiner Gebrauchsfähigkeit; dem entspricht rechts eine Rente von 25 Proz., links eine solche von 20 Proz.

Bleibt ein sonst gesunder Arm beim Erheben nur wenige Grade von der Senkrechten zurück, was bei älteren Individuen ein physiologischer Zustand ist, so liegt eine meßbare Erwerbseinbuße kaum vor, da es nur wenige Arbeitsvorrichtungen gibt, bei denen eine senkrechte Elevation des Armes erforderlich wird.

Eine völlige Versteifung des Schultergelenks ist, schon wegen der unausbleiblichen Muskelatrophien, stets ein grobes Arbeitshindernis, das gegebenenfalls nur durch eine größere Verschiebbarkeit des Schulterblattes paralysiert wird. Der Spielraum für die Hand beschränkt sich sonst auf eine Kalotte, die etwa dem vorderen unteren Viertel der gedachten Hohlkugel entspricht. Es treten hierfür Rentengewährungen von 40—50 Proz. in Geltung. Höhere von 50—60 Proz. sind am Platze, wenn an Stelle des normalen Schultergelenks ein Schlottergelenk etabliert ist, das die Hand auf minimale Leistungen beschränkt.

Schlüsselbeinbrüche gehören mit zu den häufigsten, aber auch leichtesten Verletzungen des menschlichen Knochensystems. Nach halber Jahresfrist hindern sie die freie Entfaltung der Arbeitskraft nicht mehr, sofern nicht ein starker Knochencallus durch Druck auf Gefäße oder Nerven eine entferntere erwerbshindernde Wirkung ausübt, oder sein Sitz das Tragen von Schulterlasten erschwert.

Die Verschiebung der Bruchenden ist bedeutungslos. Den Verrenkungen der Schlüsselbeingelenke empfiehlt Thiem keine Berücksichtigung zuteil werden zu lassen. Schwerwiegender sind die Loslösungen des Schlüsselbeins aus der straffen Verbindung mit der Schulterhöhe, zumal wenn sie sich mit einem Bruch der letzteren verbinden. Die Tragfähigkeit der Schulter, wie die Beweglichkeit im Schultergelenk erleidet gewöhnlich eine Einbuße.

Längs- und Schrägbrüche des Schulterblattes beeinträchtigen im allgemeinen die Beweglichkeit des Schultergelenks nicht.

Die Dignität einer vollkommenen Ellenbogengelenksversteifung richtet sich nach der Stellung, die dieses Gelenk einnimmt. Die rechtwinklige bei nach oben gerichteter Handfläche ist die günstigste. Aus-

giebigere Verwendung des Schultergelenks läßt die Behinderung weniger fühlbar werden. Die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit dürfte im allgemeinen zwischen $33^1/_3$ Proz. (links) und 40 Proz. (rechts) liegen.

Völlige Versteifung in Streckstellung, die den Verletzten zwingt, den von ihm zu bearbeitenden Gegenstand weit von sich abzuhalten, steigert die Erwerbseinbuße auf 45—55 Proz.

Bei teilweiser Versteifung werden wir von letzteren Zahlen ausgehen. In dem Maße, in dem sich die Beugefähigkeit dem rechten Winkel nähert, wird sich der Einschätzungsgrad bis auf 25 Proz. verringern. Läßt sich eine Beugung zwischen Ober- und Unterarm bis zu einem spitzen Winkel von 35^0 ausführen, so werden wir eine Erwerbseinbuße überhaupt nicht mehr annehmen.

Ein Defizit an der völligen Streckung bis 35^0 macht sich bei der praktischen Arbeit nicht bemerkbar. Beim Heben von Lasten pflegen wir selbst den unversehrten Arm im Ellenbogen zu krümmen. Aufhebung der Supinationsfähigkeit der völlig pronierten Hand engt ihren Wirkungskreis erheblich ein, weil Dreh- und schraubende Bewegungen eine ungemein häufig erforderte Arbeitsleistung darstellen. Während diese Behinderung eine Rentenleistung von 25—$33^1/_3$ Proz. herbeiführt, ist der umgekehrte Zustand — Unfähigkeit, die supinierte Hand zu pronieren — bei weitem geringer (etwa 10—15 Proz.) einzuschätzen.

Die Bewegungsstörungen des Handgelenks äußern ihre Wirkung in einer Beeinträchtigung des Faustschlusses. Die mangelhafte Überstreckung des Handgelenks (Rückwärtsbiegung) macht sich für die Entfaltung der Handkraft störender geltend als die beeinträchtigte Beugung. Wenn man den einfachen Bewegungsbeschränkungen im Handgelenk eine Erwerbseinbuße von 15—20 Proz. beimißt, wird man solche geringeren Umfanges bei ungehindertem Faustschluß völlig vernachlässigen dürfen.

Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzten	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
		Rentengewährung bei Handverletzungen.	
		a) Rechte Hand.	
36/88	Lokomotivführer	Verlust der Hand	75
937/87	Kreissägeschneider	Verlust der Hand (infolge eines früheren Unfalls fehlten die beiden ersten Glieder des linken Ringfingers)	75
1424/88	Eisenarbeiter	Verlust der Hand	75
3949/92	Bodenmeister	Verlust der Hand bis auf Daumen und Handteller	60

Nr. der Prozeß-liste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
4627/94	Arbeiter	Dem Verluste fast gleichwertige Gebrauchsunfähigkeit	60
519/95	Minderjährige Fabrikarbeiterin	Vollständige Gebrauchsunfähigkeit der Hand	75
1512/97	Wäscherin	Schwere Verunstaltung und Verstümmelung der Hand	80

b) Linke Hand.

40/86	Dienstknecht	Verlust der Hand	50
257/87	Wäscherin	Desgl.	60
5026/93	Arbeiterin	Nahezu vollständige Unbrauchbarkeit der Hand (Finger sind gegen die Hohlhand eingezogen und fast vollständig steif)	60

Rentengewährung bei Armverletzungen.

a) Rechter Arm.

8/86	Maurer	Verlust des rechten Unterarms	75
178/86	Fabrikarbeiter	Verlust des Unterarms im unteren Drittel	75
196/86	Maschinenführer	Amputation des Vorderarms	80
1238/89	Steiger	Unbrauchbarkeit des Arms durch Lähmung	60
1785/94 2351/94	Kutscher	Vollständige Gebrauchsunfähigkeit des Arms infolge nervöser Störungen	70
265/86	Papiermaschinenführer	Exartikulation des Arms im Schultergelenk	75

b) Linker Arm.

17/86	Maschinenwärter	Verlust des Vorderarms	60
9/86	Kattundrucker	Amputation des Unterarms bis zur Hälfte	75
20/86	Schreiner	Amputation des Unterarms	60
580/87	Fabrikarbeiterin	Amputation des Arms im Ellenbogengelenk	60
787/87	Lederzurichter	Verlust eines Drittels des Vorderarms	50

Rentengewährung bei Schulterverletzungen.

6247/98	Bergmann	Durch Bruch des Schlüsselbeins bedingte Unmöglichkeit, den Arm aktiv höher als bis zur Horizontalen zu heben, sowie Schlaffheit der Muskulatur des Arms	30
4590/02	Schiffsjunge	Steifigkeit des Schultergelenks und wesentlich beschränkte Beweglichkeit des Vorderarms, geringe Verkürzung und Muskelschwund des Arms	50

Für die Bewertung von Unfallsfolgen an der Wirbelsäule und an den unteren Extremitäten kommen folgende Gesichtspunkte zur Geltung:

Wer zwar nicht dauernd stehen und gehen kann, wohl aber noch Ortsveränderungen vornehmen kann und zeitweise Arbeiten im Sitzen zu verrichten vermag, ist um $^2/_3$ erwerbsbeschränkt. Ist die Gehfähigkeit eine so geringe, daß der Verletzte nur im Zimmer sich zu bewegen vermag, um sich allenfalls Arbeitsmaterial nach seinem Platz herbeizuschaffen, erscheint er um 80 Proz. beeinträchtigt. Demjenigen, dem die Art der Verletzung auch anhaltendes Sitzen nicht mehr gestattet, gebührt eine 90-proz. Entschädigung.

Die durch den glatten Verlust eines Beines herbeigeführte Erwerbseinbuße sucht man beim Fehlen erschwerender Komplikationen im allgemeinen mit 60 Proz. auszugleichen. Die Höhe, in der die Absetzung stattgefunden hat, spielt dabei keine Rolle.

Verlust des Vorderfußes mit Erhaltenbleiben einer Auftrittsfläche am Hacken (Pirogoffsche Exartikalution) erheischt die Gewährung einer Rente von 30—40 Proz. Eine gleiche Beurteilung erfährt der durch die Mikulicz-Wladimirowsche Resektion herbeigeführte Spitzfuß. Auch die Auslösungen des Vorderfußes im Chopartschen oder Lisfrancschen Gelenk bedingen keine höhere Einschätzung. In diesen Fällen ist wohl die Art des Ganges beeinträchtigt, dessen gleichmäßige und elastische Beschaffenheit durch das ungestörte Abwickeln der Fußsohle vom Boden bedingt wird, die Fähigkeit aber, sich fortzubewegen oder zu stehen, ist nicht verloren gegangen.

Der Verlust einer Zehe, selbst der großen, oder mehrerer bewirkt keine meßbare Erwerbsminderung. Die Einbuße sämtlicher Zehen verunschönt den Gang, behindert ihn aber nicht.

Verkürzungen eines Beines bis zu 2 und 3 cm werden durch Beckensenkung ausgeglichen und schädigen nach Eintritt der Gewöhnung das Erwerbsleben in keiner Weise. Stärkere Verkürzungen beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit des Beines und können Renten bis zu 25 Proz. nach sich ziehen.

Die Unfähigkeit, längere Zeit hintereinander ohne Unterbrechung zu stehen und zu gehen, wird mit $33^1/_3$ Proz. entschädigt, sobald die Verhältnisse an der Verletzungsstelle stetige geworden sind.

So beurteilen wir die teilweisen Versteifungen im Fußgelenk nach Knöchelbruch, nach Frakturen des Talus und des Fersenbeins. Letztere — die überraschend häufig nicht erkannt werden — sind im ersten Jahre auf 40—50 Proz. zu schätzen und machen ihren ungünstigen Einfluß Jahre hindurch geltend.

Eine unbewegliche Steifheit des Fußgelenks in Spitzfußstellung fordert zu einer höheren Bewertung der Folgen, etwa bis 40 Proz.

auf, denn der Gang wird wegen der erforderlichen Auswärtsdrehung des Fußes und Spreizstellung des Beines ein unbeholfener.

Die völlige Versteifung des Kniegelenks in Streckstellumg gibt dem Bein einen dem Stelzbein ähnlichen Charakter. Die Gewandtheit des Ganges leidet, das Bein muß im Bogen außen herum nach vorn geführt werden, beim Treppen- und Leitersteigen kann das behinderte Bein nur nachgezogen, nicht als Auftrittsbein benutzt werden. Sitzen gelingt nur auf der Vorderfläche des Sitzes, Knieen ist unmöglich. Eine solche Minderung der Gebrauchsfähigkeit wird bis zur Hälfte der ungehinderten — also etwa auf $33^1/_3$ Proz. — geschätzt werden müssen. Bei stärkerer winkliger Ankylose tritt noch die Verkürzung des Beines als erschwerender Umstand hinzu. Wird der Verletzte auf den Gebrauch einer Krücke oder eines Stelzfußes angewiesen, so ähnelt der Zustand in seiner Wirkung dem völligen Verlust des Beines (60 Proz.)

Ein nicht festes Kniegelenk — mit abnormer seitlicher Beweglichkeit oder Neigung zur Überstreckung — macht Stehen und Gehen unsicher und bedingt durch die erhöhte Inanspruchnahme der Muskulatur eine vorzeitige Ermüdung. Die Folgen sind denen eines völlig versteiften Kniegelenks mindestens gleich — wenn nicht höher — zu erachten. Eine über 120^0 hinaus behinderte Beugefähigkeit schließt das Gehen zu ebener Erde nicht aus. Eine 25-proz. Rente wird hierfür als ausreichend zu gelten haben. Gelingt die Beugung bis zu einem rechten Winkel, so genügt dieselbe außerdem für Leiter- und Treppensteigen. Diese Folgen werden daher schon mit 15 Proz. als Rente völlig erfaßt. Um ungehindert knieen zu können, muß jedoch die Beweglichkeit bis zu einem spitzen Winkel erhalten sein. Behinderte kraftvolle Streckfähigkeit des Kniees — z. B. nach ungünstig verheilten Kniescheibenbrüchen — ermüdet den Gehenden, weil der Unterschenkel nach vorn geschleudert werden muß. Außerdem ist das Bein nicht imstande, die Körperlast auf eine höhere Stufe zu heben.

Freie Gelenkkörper im Kniegelenk unterbrechen den ungehinderten Gebrauch zeitweise. Der Schaden wird gewöhnlich auf 20 Proz. geschätzt.

Hat sich an Stelle des normalen Hüftgelenks ein Schlottergelenk gebildet, so daß der Oberschenkel bei jeder Belastung sich am Becken emporschiebt, wird eine Rentengewährung von 50 Proz. am Platze sein.

Bei allen Abschätzungen von Unfallschäden der unteren Extremität kommt also in Frage:

1. ob der Verletzte andauernd und sicher stehen kann,
2. ob er auf ebener Erde sich andauernd und sicher fortbewegen kann,
3. ob er über Treppen gehen und Leitern erklimmen kann,

4. ob er sich ungehindert niedersetzen und im Sitzen längere Zeit hintereinander zu beharren vermag,

5. ob ihm das Knieen möglich ist.

Neben dem Ergebnis dieser Funktionsprüfung berücksichtigt unsere Schätzung noch das Vorhandensein von Schmerzen, zeitweise wiederkehrenden Schwellungen und Entzündungserscheinungen.

Nicht sehr hochgradige Unterschenkelgeschwüre haben gewöhnlich eine durchschnittliche Rentengewährung von 15 Proz. im Gefolge, die nicht aufhört, wenn das Geschwür zeitweise überhäutet wird. Dementsprechend tritt auch keine Erhöhung ein, wenn die Beschwerden einmal stärker werden. In dem bei Besserung ungekürzten Rentenbezug soll der Ausgleich liegen.

Nr. der Prozeßliste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
		Rentengewährung bei Fußverletzungen.	
		a) Zehen.	
1063/87	Hammerschmied	Verlust eines Teiles der großen Zehe	0
6199/98	Schlosserlehrling	Verlust der großen Zehe	0
8662/97	Maschinist	Verlust des Endgliedes der großen und der 2. Zehe	0
5441/02	Bergmann	Verlust der 2. Zehe	0
798/80	Vorzeichner	Verlust der 2. und 3. Zehe bis auf die ersten Glieder	0
6214/00	Bergmann	Amputation der 3. und 4. Zehe, komplizierter Bruch der 5. Zehe	0
7965/96	Arbeiter	Verlust der 4. Zehe	0
6397/97	Arbeiter	Verlust der 4. und des größten Teils der 5. Zehe	0
13925/03	Bergmann	Verlust der beiden Vorderglieder der 4. und 5. Zehe	0
197/88	Maurer	Verlust der kleinen Zehe	0
		b) Füße.	
695/89	Minderjähriger Arbeiter	Verlust des rechten Fußes	60
		Rentengewährung bei Beinverletzungen.	
321/87	Arbeiter	An Unbeweglichkeit grenzende Steifheit, sowie Verkürzung des rechten Beins	$66^2/_3$
402/87	Tagelöhner	Amputation des linken Beins unterhalb des Knies	50
889/87	Arbeiter	Amputation des linken Beins unterhalb des Kniegelenks	60
961/87	Bremser	Verlust des linken Beins unterhalb des Knies	$66^2/_3$
5099/93	Bergarbeiter	Linker Unterschenkel schief geheilt	0
9120/97	Maurer	Geringe Abmagerung der Wadengegend des linken Beins	0
7538/95	Zuckerkocher	Fast völlige Unbeweglichkeit des linken Hüftgelenks	$66^2/_3$

Nr. der Prozeß-liste	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen in Proz. d. Vollrente
7911/01	Matrose	Amputation des rechten Beins oberhalb des Kniegelenks (künstliches Glied geliefert)	70
3396/01	Schiffer	Rechter Unterschenkel ist infolge Bruchs um $1^1/_2$ cm verkürzt und an der Bruchstelle etwas verbogen	0
2160/98	Maurer	Verkürzung des linken Beins um 2 cm	0
		Rentengewährung bei Knieverletzungen.	
1760/92	Heizer	Versteifung des rechten Kniegelenks	$33^1/_3$
5006/93	Arbeiter	Beschränkung der Beugefähigkeit des rechten Kniegelenks	20
4938/94	Hüttenarbeiter	Schlottergelenk im linken Knie (Auftreten nur im Stützapparat möglich)	$66^2/_3$
3549/03	Bremser	Beschränkung der Beugung des rechten Kniegelenks	20
15065/03	Heizer	Steifheit des Kniegelenks	25

Die Beurteilung von Verletzungsfolgen an der Wirbelsäule mahnt zu ganz besonderer Vorsicht. Die sinnfälligen Veränderungen — Formveränderungen, Mitbeteiligung des Rückenmarks — werden hinsichtlich der Bewertung ihres Einflusses auf das Erwerbsleben keine Schwierigkeiten machen.

Anders aber die Zustände, die den Verletzten dauernd klagen lassen, ohne daß uns ein objektiver Befund eine greifbare Erklärung bietet.

Die Kontusionen und Zerquetschungen der Zwischenwirbelscheiben (Kocher), Fissuren der Wirbel, Verletzungen des Bandapparates und der kleinen Gelenke sind durch Betastung oder das Auge nicht festzustellen. Die angeblich gestörte Funktion und die Klage über Schmerzen sind mitunter der einzige Anhalt. Sie in richtiger Weise einzuschätzen, gelingt meistens nur nach längerer Beobachtung in einem Krankenhause.

Die Frage, ob die Entstehung eines Leidens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen erlittenen Betriebsunfall zurückgeführt werden kann, wird dem ärztlichen Sachverständigen häufig vorgelegt.

Demjenigen, der aus einem Leistenbruche Entschädigungsansprüche herleiten will, ist eine strenge Beweispflicht auferlegt. Bekanntlich wird für die Anerkennung der unfallsweisen Entstehung eines Leistenbruches gefordert, daß das beschuldigte Betriebsereignis mit mehr als betriebsüblicher Anstrengung verbunden war, daß der von dem angeblichen Unfall Betroffene unmittelbar oder doch bald nach demselben die Arbeit einstellte, daß er in kürzester Zeit, möglichst noch an demselben Tage, einen Arzt zu Rate zog, und daß dieser endlich

einen Befund aufnehmen konnte, der bei der ersten Untersuchung nach dem Unfall für einen plötzlich uud frisch entstandenen Bruch, zum mindesten aber nicht offenbar gegen einen solchen sprach[1]). Diese Forderungen des Reichsversicherungsamtes werden von sachverständiger ärztlicher Seite keinen Widerspruch erfahren.

Für die einschlägigen Verhältnisse ist es von Wichtigkeit, den Unterschied zwischen „Leistenbruchanlage" und „Leistenbruch" festzulegen.

Unter einem Leistenbruch darf nur das Hervortreten eines Baucheingeweides aus dem Bereich der Bauchhöhle in eine Ausstülpung des parietalen Bauchfells durch den Leistenbruchkanal verstanden werden. An dem ausgebildeten Bruch muß sich Bruchpforte, Bruchsack und Bruchinhalt deutlich nachweisen lassen. Bei der Feststellung des Begriffes „Leistenbruchanlage" hat man sich vor Augen zu halten, daß theoretisch eine Leistenbruchanlage mit individuellen Schwankungen bei jedem Menschen besteht. Es handelt sich eben bei der Leistengegend um Teile der Bauchwand, deren Festigkeit und Widerstandskraft gegen andrängende Gewalten dadurch herabgesetzt ist, daß beim Manne der Samenstrang, bei der Frau das vordere Ende des Ligamentum rotundum durch den Leistenkanal hindurchziehen. Unter einer wirklichen Leistenbruchanlage — sensu strictiori — werden wir einen Zustand verstehen, bei dem das parietale Bauchfell in der Gegend des Leistenkanals eine abnorme Dehnungsfähigkeit besitzt, so daß es sich in den Leistenkanal hineinstülpen läßt, falls dieser normwidrig eine Weite annimmt, die neben dem hindurchtretenden Samenstrang noch anderen Gebilden Aufnahme gewährt. Es gehören also zu dieser Bruchanlage im wesentlichen zwei Momente: Neigung des Bauchfelles zu abnormer Ausstülpung und Erweiterung des Leistenkanals. In solchen Fällen wird der untersuchende Finger in den erweiterten Leistenkanal eindringen können, und er wird beim Pressen, Husten oder Niesen des zu Untersuchenden Bauchinhalt durch den inneren Leistenring sich hervorstülpen fühlen, der beim Nachlassen der Bauchpresse wieder zurücktritt.

Hat das Bauchfell keine Tendenz zur Ausstülpung, sondern zieht es regelrecht straff über die innere Leistenöffnung hinweg, so wird auch bei erweitertem Leistenkanal sich kein Bauchinhalt in denselben hineindrängen, es besteht eben der erweiterte Leistenkanal für sich allein ohne weitere Folgen. Besitzt andererseits das Peritoneum diese Neigung, ohne daß der Leistenkanal erweitert ist und für die Beherbergung fremder Gebilde Raum gewährt, so besteht wiederum keine

1) Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes mit Bezug auf Leisten- (Bauch-, Nabel-, Netz-, Magen-)brüche und die daraus hergeleiteten Entschädigungsansprüche, von Dr. Kries, Geh. Regierungsrat im Reichsversicherungsamt. Sachv.-Ztg., 1895, Nr. 19.

Bruchanlage, sondern eine abnorme Nachgiebigkeit des Bauchfells, die zu wahrnehmbaren krankhaften Erscheinungen nicht führen wird, da sie sich naturgemäß der Erkenntnis des Untersuchers entziehen muß.

Werden die oben angeführten Bedingungen von einem an einem Leistenbruch Leidenden nicht erfüllt, so liegt — nach der dauernden Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes — die Vermutung nahe, daß die Arbeit, bei welcher der Bruch ausgetreten ist, nur die Gelegenheit, nicht aber die Ursache für den Bruchaustritt gebildet hat und daher nur als Ursache für die Entdeckung, nicht für die Entstehung des Bruchleidens anzusehen ist.

Daß eine Leistenbruchanlage durch ein Trauma entstehen könnte, glaube ich in einer besonderen Arbeit[1]) widerlegt zu haben.

Einer ähnlichen Beurteilung hinsichtlich ihrer Entstehung unterliegen nach den einschlägigen Obergutachten Rinnes die Brüche der weißen Linie einschließlich der Nabelbrüche.

Die Frage, ob durch einen Betriebsunfall eine bösartige Geschwulst hervorgerufen oder in ihrer Entwickelung wesentlich beeinflußt werden kann, wird nach den vom Reichsversicherungsamt festgelegten Grundsätzen für die Rechtsprechung ungefähr in folgender Weise gelöst:

Bei dem heutigen Stande der Wissenschaft kann nicht mit sicherer Bestimmtheit gesagt werden, ob eine Gewalteinwirkung das Entstehen einer Geschwulst herbeizuführen vermag. Wenn sich aber an eine Verletzung an der von dieser Gewalteinwirkung betroffenen Stelle die Entwickelung einer Geschwulst zeitlich anschließt, so ist der Zusammenhang sehr wahrscheinlich. Ebenso wird ein Zusammenhang anzuerkennen sein, wenn eine bereits bestehende kleine Geschwulst nach dem Einwirken des Traumas ein auffällig rapides Wachstum aufweist. Der Verletzung kommt dann mindestens der Charakter einer Gelegenheitsursache zu.

Verlangt wird also, daß die Bildung des Tumors an dem Orte der Verletzung vor sich geht. Eine Fernwirkung — etwa durch Erschütterung des Körpers — wird nicht anerkannt. Daß durch einen Stoß auf die Wirbelsäule (Fall) z. B. ein Magenkrebs entstehen könnte, ist in vielfachen der Abweisung unterliegenden Fällen als gänzlich unwahrscheinlich und als durch keine einwandfreie Beobachtung erwiesen bezeichnet worden. Weiter ist die Forderung aufgestellt worden, daß der angeschuldigte Stoß oder die Quetschung einen nicht unbedeutenden Grad von Intensität besitzt. Es müssen also Anzeichen einer schwereren Verletzung, wie Suggillationen, Ödem, Kontinuitätstrennungen, Schmerzen, die zur Arbeitseinstellung zwangen, gleich nach dem Unfall bemerkbar gewesen sein.

Kleine unbedeutende Verletzungen, denen jeder in seinem Leben

---

1) Kann eine Leistenbruchanlage auf traumatischem Wege entstehen? Med. Klinik, 1908, Nr. 1.

unzählige Male ausgesetzt ist, genügen nicht, um sie als Ursache einer Geschwulstentwickelung beschuldigen zu können.

Je ferner der Verletzte noch dem Alter steht, dem nach unserer Erfahrung die Geschwulstentwickelung eigen ist, um so höher ist der Grad der Wahrscheinlichkeit, daß die erhebliche Körperbeschädigung das Auftreten des Tumors auslöste.

Die Entwicklung der Geschwülste bedingt den Ablauf einer gewissen Zeit. Läßt sich bereits am Unfalltage das Vorhandensein einer Geschwulst nachweisen, so wird der Unfall gegebenenfalls für einen ungünstigen Ausgang nur noch soweit verantwortlich zu machen sein, als die jetzt eintretende Verschlimmerung oder das auffallend schnellere Wachstum von dem uns sonst bekannten Verlauf der Krankheit wesentlich abweicht.

Da die erste Entwicklung einer Krebsgeschwulst eine sehr langsame, ihre sichere Erkennung im Anfangsstadium eine sehr schwierige ist, wird man die zeitliche Grenze zwischen Verletzung und Manifestwerden des Carcinoms etwas weiter stecken müssen. Innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren müssen indes die ersten Erkennungszeichen vorliegen.

Der Verlauf beträgt in der Regel 2—3 Jahre. Die Carcinome des jugendlichen oder mittleren Alters übertreffen gemeinhin die des höheren Alters an Bösartigkeit. Eine längere Dauer beobachten wir nur bei den flachen Hautcarcinomen und den schrumpfenden Krebsen. In dem Maße, in dem sich dieser Zeitraum nach der Gewalteinwirkung auf eine bereits vorhandene, aber noch keine wesentlichen Erscheinungen setzende Krebsgeschwulst verringert, gewinnt die Wahrscheinlichkeit für die mitbestimmende Einwirkung des Unfalles im Sinne einer hervorgerufenen Verschlimmerung und der Beschleunigung des eingetretenen Todes.

Beim Sarkom sind die Fristen wesentlich kürzer. Die von Thiem aufgestellte untere Grenze von 3 Wochen und als obere mit 2 Jahren angegebene Grenze bis zur Entstehung eines Sarkoms ist von allen Sachverständigen anerkannt worden. Die obere Grenze bis zu 2 Jahren erscheint indes bei dem rapiden Wachstum und der Bösartigkeit der Sarkome immer noch sehr weit gefaßt. Werden aber diese oberen Grenzen überschritten, so kann eine Jahre zurückliegende Verletzung, die keine Residuen hinterlassen hat, niemals als Ursache einer Geschwulst angesehen werden, die sich zufällig an derselben Stelle oder in deren Nachbarschaft entwickelt.

Übrigens darf man nicht vergessen, daß mancher Knochenbruch sich bei näherem Zusehen als Spontanfraktur infolge bereits bestehenden Sarkoms erweist. In solchen Fällen kann die Verrichtung, bei der der Bruch eintrat, häufig nicht als Unfall anerkannt werden.

Ein Einfluß auf das Entstehen einer Metastase am Orte der Verletzung wird der letzteren von kritischen Chirurgen nicht zuerkannt.

Der Zusammenhang zwischen einem Trauma und einer eitrigen Osteomyelitis wird häufig — zu Unrecht — von Ärzten abgelehnt, wenn die angeschuldigte Gewalteinwirkung keine Kontinuitätstrennung der Haut verursachte. Wir müssen uns vor Augen halten, daß die eitrige Entzündung des Knochensystems auf drei verschiedenen Wegen erfolgen kann. Erstens unmittelbar durch die Verletzung, wenn der in der Wunde freiliegende Knochen infiziert wurde; zweitens durch Übergreifen eines eitrigen Prozesses der Weichteile auf den Knochen, endlich auf hämatogenem Wege.

Letztere ist die wichtigste, aber auch am schwersten zu beurteilende Form, die namentlich durch die experimentellen Untersuchungen Lexers unserem Verständnis näher gerückt ist. Diese haben gelehrt, daß die Eitererreger vom Blutwege aus in jugendlichen Knochen Eiterungen hervorrufen, die in metaphysären Bezirken der langen Röhrenknochen und da, wo ein Trauma eine Blutung im Knochen hervorrief und sein Gewebe schädigte, lokalisiert sind. In die Blutbahn gelangen die Mikroorganismen durch Resorption von jedem noch so kleinen Entzündungsherde (Furunkel, Kratzwunde usw.) aus oder mit kleinen Blutgerinnseln aus den thrombosierten Venen irgendwo belegener Eiterherde. Lexer hat noch zu zeigen vermocht, daß die unverletzten Schleimhäute (z. B. der Tonsillen) bei Invasion von sehr virulenten Erregern eine ähnlich rasche Resorption aufweisen, wie frische Wunden. Es wird daher in manchen Fällen gar nicht möglich sein, die Eingangspforte nachzuweisen.

Die Beziehung zwischen Osteomyelitis und Trauma kann eine verschiedene sein. Entweder siedeln sich die in der Blutbahn kreisenden Eitererreger an dem Locus minoris resistentiae, da, wo durch die Gewalteinwirkung eine Gewebsschädigung auftrat, an, oder die Verletzung trifft einen Knochen, in dessen Mark gerade resorbierte Eitererreger zurückgehalten wurden, oder aber das Trauma sprengte einen alten abgekapselten Herd, es war der Funke, der ins Pulverfaß flog. Die akute eitrige Osteomyelitis zeichnet akuter Beginn und schwerer Verlauf aus. Der Prozeß entwickelt sich innerhalb eines oder mehrerer Tage zu voller Höhe.

Handelt es sich um weniger virulente Bakterien, so nimmt die Erkrankung einen nicht so stürmischen Verlauf. Der Verletzte arbeitet zunächst ungeachtet der Schmerzen weiter, und Arzt wie Patient beruhigen sich in der ersten Zeit bei der Diagnose „Rheumatismus“, bis sich der wahre Charakter des Leidens unverkennbar äußert. Zwischen Trauma und diesem Zeitpunkt kann eine Spanne von 5—6 Wochen liegen. Da aber in solchen Fällen der zeitliche Zusammenhang gewahrt ist, wird man keine Bedenken tragen, auch den ursächlichen anzuerkennen. Ein Überschreiten dieser oberen Grenze macht den Zusammenhang ebenso unwahrscheinlich, wie eine Osteomyelitis,

die in den ersten 14 Tagen nach dem Unfall gar keine Erscheinungen setzte. Ebenso ist ein ursächlicher Zusammenhang abzulehnen, wenn sich gleich nach dem Unfall ein Befund erheben läßt, der auf ein längeres Vorbestehen des Leidens hinweist.

Die von der Erkrankung bevorzugten Punkte des Skelettes sind: das untere Diaphysenende des Femur, das obere der Tibia, das obere des Humerus, das untere der Tibia. In den Epiphysen der langen Röhrenknochen, in den kurzen und glatten Knochen kommt die eitrige Osteomyelitis selten vor. Diese Stellen werden vielmehr von der Tuberkulose bevorzugt.

Daß eine solche an einem dazu disponierten Knochen (schlummernder Herd) durch eine Gewalteinwirkung hervorgerufen werden kann, wird allgemein zugegeben. Die Erkrankung muß binnen Jahresfrist manifest werden, und es darf andererseits kein Zweifel herrschen, daß bis zu dem Unfalle keine sichtbaren Zeichen einer Tuberkulose an der verletzten Stelle bestanden.

Für beide Knochenerkrankungen muß aber die Forderung aufgestellt werden, daß der Prozeß sich an der nämlichen Stelle entwickelt, die die Verletzung akquirierte. Eine besondere Intensität braucht das Trauma nicht zu besitzen. Wir wissen, daß auch die kleinen, nicht näher diagnostizierten Gewebstrennungen (Bänderzerreißungen, kleine Blutungen in die Gelenke, Quetsch- und Rißbrüche der Gelenkflächen usw.), die schlechthin unter der unzureichenden Bezeichnung „Verstauchung“ das ärztliche Sprechzimmer passieren, den Boden für die genannten Leiden bilden können.

Seitdem wir wissen, daß die Blinddarmentzündung auf infektiöser Ursache beruht, werden wir die traumatische Entstehung einer solchen ablehnen müssen, zumal man nicht leicht einsehen kann, wie der tief in der Bauchhöhle zwischen anderen Darmschlingen liegende und leicht bewegliche, normale Wurmfortsatz von einer die Bauchwand treffenden Gewalteinwirkung erreicht werden soll. Es liegen genügend einwandfrei beobachtete Fälle vor, wo bei ganz Gesunden ohne Hinzutreten eines Traumas — wie ein Blitz aus heiterem Himmel — sich mehr oder minder plötzlich und stürmisch eine Blinddarmentzündung entwickelte.

Immerhin wird ein indirekter ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Unfall und dem Manifestwerden einer Blinddarmentzündung mit ihren Folgeerscheinungen in denjenigen Fällen zuzugestehen sein, wo das Trauma den durch entzündliche Veränderungen fixierten und bereits schwer anatomisch veränderten Wurmfortsatz trifft. Ob dies in einer die Bauchwand treffenden Gewalteinwirkung oder einer durch eine das betriebsübliche Maß übersteigende Arbeit bedingten Innendrucksteigerung der Bauchhöhle beruht, dürfte unerheblich sein. Da dank der hohen Entwickelung der Bauchchirurgie ein großer Teil

dieser Erkrankung zur Autopsie während der Operation gelangt, wird die Frage, ob bereits alte Veränderungen vorhanden waren, zumeist erschöpfend beantwortet werden können.

Ueber die Rolle des Traumas bei der Entstehung materieller Nervenkrankheiten hat in letzter Zeit Kurt Mendel[1]) eine instruktive und kritische Arbeit veröffentlicht. Ihm stand dabei ein Material von mehr als 1500 Gutachten zur Verfügung. Die Entwickelung eines Nervenleidens durch ein Trauma allein ist abzulehnen. Die Gewalteinwirkung muß ein prädisponiertes Nervensystem treffen. Zwischen dem Manifestwerden der Symptome und dem Unfall darf keine zu lange, von Krankheitszeichen freie Zeit liegen. Der Einfluß einer Verletzung auf ein schon bestehendes Nervenleiden wird anzuerkennen sein, wenn bald nach dem Unfall die Krankheit einen auffällig veränderten Verlauf hinsichtlich Schwere der Krankheitszeichen oder der abgekürzten Zeitdauer nimmt. Die in den Begutachtungen allzuhäufig auftauchende aszendierende Neuritis nach Trauma erklärt Mendel für ein verhältnismäßig seltenes Geschehnis. Eine solche kommt überhaupt nur im Anschluß an eine Infektion zustande. Das Uebergreifen eines neuritischen Prozesses auf das Rückenmark hat Mendel in keinem seiner Fälle beobachtet.

Es gibt wohl kaum eine innere Erkrankung, die nicht von Verletzten oder ihren Hinterbliebenen, wenn irgend möglich, mit einem erlittenen Unfall in Beziehung gebracht wird. Da bedarf es der gewissenhaften Überlegung des Arztes, ob nach Art und Ort der Verletzung, nach dem zeitigen Auftreten des Leidens und den sonstigen zu erwägenden Verhältnissen unter Vergleich mit ähnlichen ohne Gewaltseinwirkungen entstandenen Erkrankungen der ursächliche Zusammenhang einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit besitzt. Die Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt den Spruchbehörden nicht, sie kann als Grundlage für die Gewährung einer Entschädigung niemals verwertet werden. In welcher Ausdehnung ein derartiger Zusammenhang zuweilen angenommen wird, beweist ein meiner Erinnerung vorschwebender Fall, in dem eine tödlich verlaufene Lungentuberkulose eines 72-jährigen Mannes auf eine vor 18 Jahren erlittene Daumenquetschung bezogen wurde, die nicht einmal zur Arbeitsunterbrechung geführt hatte. Die Angehörigen verfolgten ihre vermeintlichen Ansprüche bis zur höchsten Instanz.

Es finden sich aber auch leider noch immer vereinzelte Ärzte, die mit Sophistik oder beispiellosem Mangel an Kritik den erforderlichen Zusammenhang zu konstruieren versuchen. Solange ein derartiges Unternehmen lediglich dem Wunsche entspringt, Notleidenden eine Zuwendung zu machen, ist es noch verständlich. Unverzeihlich

1) Der Unfall in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Berlin 1908, Verlag S. Karger.

bleibt es aber doch, weil die Leistung dieser Zuwendung einem Dritten zu Unrecht auferlegt würde, und weil ein Ignorieren der allgemeinen Erfahrung eine Mißachtung der Wissenschaft involviert.

Allgemein gehaltene Deduktionen, wie die, daß ein Unfall infolge Blutverlustes, langen Krankenlagers oder wiederholter Narkosen einen Körper so geschwächt habe, daß sich eine von der Verletzung nicht unmittelbar hervorgerufene erschöpfende Krankheit in späterer Zeit entwickeln konnte, sollten möglichst vermieden werden.

Bezüglich der häufigsten Lungenerkrankungen, der Pneumonie und der Tuberkulose, werden Kontusionen des Brustkorbes und „Verheben" als Ursache außerordentlich häufig beschuldigt. Wissenschaftlich steht fest, daß beide Erkrankungen an eine Infektion mit bestimmten Bakterien geknüpft sind. Ohne gleichzeitige Anwesenheit derselben ist das Auftreten der einen oder anderen Erkrankung selbst bei den schwersten Verletzungen der Lunge ausgeschlossen. Wie oft sehen wir selbst Zerreißungen, Schuß- und Stichverletzungen der Lungen anstandslos ausheilen.

Zugestanden muß werden, daß gegebenenfalls erst das durch den Unfall verletzte Lungengewebe den anwesenden Infektionskeimen einen willkommenen Boden für ihre Ansiedelung und Weiterentwickelung gewährte. Ohne gleichzeitiges Trauma hätten die Bakterien keine Gelegenheit gefunden, ihre schädliche Wirkung auf das Lungengewebe zu entfalten. Bei beiden Erkrankungen spielt die Blutung eine doppelte Rolle. Einmal gewährt die verletzte Stelle den Schädlingen eine Eingangspforte, andererseits ist die Blutung ein beachtenswertes Krankheitszeichen, das eine stattgehabte Verletzung nachweist.

Je größer die Gewalteinwirkung ist, die den Brustkorb betrifft, je schneller die die Verletzung des Lungengewebes anzeigende Blutung auftritt, je mehr sich der Ort der Verletzung mit der Erkrankung deckt, um so wahrscheinlicher wird der ursächliche Zusammenhang zwischen beiden Momenten. Indes nicht immer liegen die Vorbedingungen für die Anerkennung so handgreiflich.

Es sind Lungenerkrankungen als Unfallsfolge anerkannt worden, wo die Gewalteinwirkung eine mäßige war, wo Angriffs- und Erkrankungsstelle sich nicht deckten, wo endlich das Auftreten von Blut erst stunden- oder tagelang später erfolgte oder gar nach außen hin überhaupt nicht erkennbar wurde. Vorausgesetzt wurde in solchen Fällen, daß die betroffenen Bezirke infolge bereits bestehender Veränderungen eine geschwächte Widerstandskraft besaßen. Fürbringer verlangt nicht einmal, daß die in Quetschungen bestehenden Unfälle äußere Spuren hinterlassen. Auch erkennt er an, daß übermäßige Muskelanstrengung an sich, insbesondere außerordentlich starkes (also das betriebsübliche Maß überschreitendes) Heben schwerer Lasten innerhalb gesunder Lungen Verletzungen mit Blutaustritten und somit das Auftreten einer Lungenerkrankung bewirken kann.

Bezüglich des Zeitablaufes zwischen Unfallereignis und Auftreten einer sogenannten traumatischen (Kontusions-Kompressions-)Pneumonie gesteht Stern[1]) einen Spielraum von wenigen Stunden bis zu etwa 4 Tagen zu. Je mehr die letztere Grenze überschritten werde, je mehr verliere der Zusammenhang an Wahrscheinlichkeit. Fürbringer konzediert jedoch noch ein Hinausgehen über diese Frist um 1—2 Tage, erkennt also noch bei einer Dauer von 5—6 Tagen den fraglichen Zusammenhang als gegeben an.

Wird andererseits unmittelbar nach dem Unfalle das Vorhandensein einer Lungenentzündung festgestellt, so muß ihre Entwickelung bereits in die Zeit vor den Unfall verlegt werden. Erst durch das Trauma gelangte die bereits vorhandene Erkrankung ihrem Träger zum Bewußtsein, oder sie selbst war es überhaupt, die erst den Unfall, den Sturz, herbeiführte.

Der großen Schwankungen unterworfene Verlauf einer Lungentuberkulose, die Tatsache, daß zweifellos schwer Tuberkulöse ihrem Erwerbe nachgehen und bei ihrer Umgebung den Eindruck eines völlig Gesunden machen können, endlich die bis über Jahrzehnte sich erstreckende Dauer eines tuberkulösen Lungenleidens lassen es begreiflich erscheinen, daß die Frage einer durch einen Unfall ausgelösten oder in ihrem Verlaufe beschleunigten Lungentuberkulose ihrer Beantwortung ganz erhebliche Schwierigkeiten darbietet. Allgemein wird anerkannt, daß Brustkontusionen intensiverer Art, sowie körperliche übermäßige Anstrengungen eine schlummernde Tuberkulose der Lungen aufflackern lassen können bezw. ein schon vorher durch den Krankheitsprozeß arrodiertes Gefäß zum Bersten zu bringen und damit eine Verschlimmerung des Leidens zu zeitigen imstande sind. Während die Blutung sofort oder doch wenigstens Stunden nach dem als Unfall angesprochenen Ereignis in die Erscheinung treten muß, soll der ursächliche Zusammenhang bejaht werden, wird für das Manifestwerden eines tuberkulösen Prozesses ein Zeitraum bis zu 6 Monaten eingeräumt werden dürfen.

Die Prüfung des angeschuldigten Unfallereignisses und des vorher bestehenden Gesundheitszustandes wird manchmal die Entscheidung ermöglichen, ob ersteres den ihm zugeschriebenen Einfluß — Auftreten einer Lungenblutung — haben konnte, oder ob die Blutung nicht lediglich in natürlicher Weiterentwickelung eines bereits vorgeschrittenen Lungenleidens nur gelegentlich der an sich nicht besonders schweren und dem Erkrankten gewohnten Arbeitsverrichtung auftrat.

Ähnliche Erwägungen haben uns bei der Beurteilung zu leiten, ob ein Schlaganfall Folge eines Betriebsunfalles ist oder nicht. Wir wissen, daß die Ursache einer auftretenden Gehirnblutung immer in

1) Stern, Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Jena, Gustav Fischer, 1907.

einer Erkrankung der Wandungen der kleinen Gehirnarterien zu suchen ist. Am häufigsten finden wir sie daher bei solchen Personen, die an allgemeiner Arteriosklerose leiden. Eine weitere unbestrittene Erfahrung geht dahin, daß die große Mehrzahl der Gehirnblutungen im reiferen Alter, jenseits der 50er Jahre vorkommen, also in der Zeit, in der auch die Arteriosklerose ihre höheren Grade erreicht. Unter derartigen Verhältnissen kann ein Schlaganfall schon beim Husten, Niesen, Räuspern, Pressen, also bei den täglichen Vorkommnissen des Lebens, ja sogar während der Bettruhe ohne jedes veranlassende Moment auftreten. Soll daher ein solches Ereignis als Unfallsfolge anerkannt werden, so muß einmal verlangt werden, daß dasselbe unmittelbar oder wenigstens in begrenzter Zeit der beschuldigten Gelegenheitsursache folgt; andererseits muß sich ergeben, daß letztere sich als ein außergewöhnlicher Umstand (übermäßige Kraftanstrengung, jäher ungewohnter Temperaturwechsel, plötzliche Gemütserregung) charakterisiert.

Die nach Kopftraumen auftretenden Apoplexien bieten für die Anerkennung keine Schwierigkeit. Bollingers Verdienst ist, auf das Auftreten von sogenannten Spätapoplexien aufmerksam gemacht zu haben. Es sind Fälle beobachtet worden, in welchen am 3., 8., 9., 20., sogar am 52. Tage nach einer Kopfverletzung eine Spätblutung einsetzte.

Bezüglich der Entstehung der Herzerkrankungen nach Unfällen ist zunächst daran zu erinnern, daß die schwersten Herzverletzungen beobachtet worden sind, ohne daß die Brustwand eine Spur der voraufgegangenen Gewalteinwirkung aufwies.

Für die Anerkennung der traumatischen Ursache eines Herzleidens wird die Forderung aufgestellt werden müssen, daß der Betroffene bis zu dem Unfalle nachweislich Arbeiten geleistet hat, die nach ihrer Beschaffenheit für einen Herzkranken unausführbar gewesen wären. Ferner muß auch hier das Trauma eine gewisse Intensität besessen haben, die körperliche Anstrengung also gegebenenfalls wieder eine ungewöhnliche, das betriebsübliche Maß überschreitende gewesen sein. Endlich müssen die Beschwerden sich unmittelbar an das Ereignis anschließen, wenn auch das Herzleiden zunächst noch nicht deutlich erkennbar ist. Die „Brücke“ zwischen ausgebildeten Herzleiden und Unfall muß durch die Beschwerden gesichert sein.

Die Klage über die Unzulänglichkeit ärztlicher Gutachten auf dem Gebiete der staatlichen Unfall- und Invalidenversicherung will nicht verstummen, obwohl wir für diese Disziplin vorzügliche Lehrbücher besitzen [1]).

Die Klage ist für den Kundigen nicht unberechtigt. Wir können von den „Gefälligkeitsgutachten“, die nach jedem belanglosen Nadel-

1) Wie Becker, Thiem, Kaufmann und andere.

stich aus dem lebhaften „Nachröten der Haut“ eine schwere traumatische Neurose mit völliger Erwerbsunfähigkeit konstruieren, absehen. Gewohnheitsmäßige Verfasser derartiger Gutachten werden in kurzer Zeit den die Renten festsetzenden Instanzen bekannt, ihre Desavouierung seitens der nachprüfenden ärztlichen Sachverständigen bleibt nicht aus, und der Erfolg ist lediglich der, daß das Ansehen des ärztlichen Standes Schaden leidet, der Rentenbewerber sich in seinen durch den Gefälligkeitsgutachter ganz unberechtigterweise genährten Hoffnungen getäuscht sieht und nunmehr — neben dem seinem „wohlwollenden“ gutachtlichen Beschützer geopferten, meist unverhältnismäßig hohen Honorar — noch weitere erhebliche Unkosten trägt, um womöglich unter dem Beistande eines Winkelkonsulenten sein vermeintliches Recht zu erstreiten.

Wir sehen auch von den Fällen ab, wo bona fide ein Krankheitsbefund falsch gedeutet ist, da in der Regel derartige Irrtümer von den nachprüfenden Gutachtern erkannt und — selbstverständlich in schonendster Form — richtig gestellt werden. Es ist zweifellos stets eine der vornehmsten Aufgaben des Nachgutachters, nebenbei auseinanderzusetzen, warum zu einer früheren Zeit der Vorgutachter zu einer irrigen Auffassnng gelangen konnte oder sogar gelangen mußte.

Es verbleibt dann aber noch eine erhebliche Anzahl von Gutachten, die, trotz genauester und einwandfreiester Darstellung des Befundes, bei der Rentenbemessung straucheln, denen sozusagen die Übersetzung des objektiven Befundes in die tatsächliche Erwerbsbehinderung nicht gelingt. Wir lassen hierbei die von Wohlwollen geleitete zu hohe Bewertung der Unfallsfolgen außer Betracht; sie ist erklärlich, denn der Arzt hat seinen Patienten während der Leidenszeit Qualen und Schmerzen erdulden sehen und ist nun von dem vornehmen Wunsche beseelt, seinem Klienten eine möglichst hohe Entschädigung, ein Pflaster auf die Wunde, zu verschaffen. Dieser naheliegenden Versuchung wird der Gutachter entgehen, wenn er sich stets vor Augen hält, daß nicht Zuwendungen im Sinne der landläufigen Wohltätigkeit gewährt werden sollen, sondern daß es sich um einen gerichtlich erzwingbaren Ausgleich von Recht und Pflichten handelt, daß nur die wirklich vorhandene, durch den Unfall herbeigeführte Erwerbseinbuße entschädigt werden soll. Die zu zahlende Rente soll den durch die Unfallsfolgen bedingten Lohnausfall ersetzen.

Die von uns erstatteten Gutachten müssen zunächst erkennen lassen, auf wessen Veranlassung und zu welchem Zwecke sie erstattet wurden, um einer mißbräuchlichen Verwendung vorzubeugen. Datum, Ort und Tagesstunde der Untersuchung muß genau bezeichnet werden. Geht zum Beispiel aus dem entsprechenden Vermerk hervor, daß der Verletzte um die Abendzeit in der Wohnung des Arztes — die von

seiner eigenen weit entfernt liegt — untersucht wurde, so gewinnt die Feststellung, daß an den beiden Füßen keine teigige Schwellung vorhanden war, einen besonderen Wert. Die nicht seltene Behauptung Unfallverletzter, ihre Füße zeigten abends und nach längeren Wegen Schwellung, wird damit entkräftet. Fehlt aber dieser Vermerk, so ist stets eine Rückfrage an den Arzt erforderlich, wodurch eine unliebsame Verzögerung des Entschädigungsverfahrens herbeigeführt wird. Außerdem hat die Angabe der Tageszeit Bedeutung für die Bewertung der während der Untersuchung festzustellenden Körpertemperatur.

Ferner ist es von Wert, ersichtlich zu machen, ob der Befund in einmaliger oder wiederholter Untersuchung gewonnen wurde, und ob der Verletzte bereits früher einmal von uns begutachtet worden ist.

Die Vorgeschichte wird möglichst kurz rekapituliert, und wir lassen durch entsprechenden Hinweis keinen Zweifel darüber aufkommen, ob sie nach den Angaben des Verletzten oder nach dem Akteninhalt wiedergegeben wurde. Verfehlt ist diejenige Art der Geschichtserzählung, die den Eindruck erweckt, als wenn der Arzt alles miterlebt hat und aus seiner eigenen Erinnerung und Anschauung berichtet.

Die eigenen Angaben des Verletzten über seine Unfallsfolgen und Beschwerden fixiert man mit seinen eigenen Worten in direkter Rede und läßt sie von ihm gegebenenfalls unterschreiben.

Es folgt nunmehr eine Würdigung dieser eigenen Angaben, wenn es sich um offensichtliche Widersprüche derselben mit früher gemachten handelt, oder wenn sie von vornherein mit der allgemeinen ärztlichen Erfahrung nicht in Einklang zu bringen sind.

Nunmehr folgt ein genauer Untersuchungsbefund, der sich nicht allein auf die verletzten Teile beschränkt. Namentlich sind hierbei andere Leiden zu verzeichnen, und deren etwaiger Zusammenhang mit dem Unfalle zu beleuchten. Wir hindern damit den häufig zu beobachtenden Versuch der Verletzten, Leiden, von deren Existenz sie erst gelegentlich dieser Untersuchung erfuhren (Leistenbrüche), später als Unfallsfolge darzustellen.

Handelt es sich um eine Nachuntersuchung, so genügt wohl ein Vergleich des Befundes an dem betroffenen Organ, wie er der früheren Rentengewährung zugrunde gelegt wurde, und wie er sich bei der erneuten Untersuchung darstellt. Zweckmäßig stellt man beide Befunde nebeneinander (siehe unten).

Die verbliebenen Unfallsfolgen oder die gefundenen Merkmale der Besserung oder Verschlimmerung des Zustandes sind dann Punkt für Punkt genau zu bezeichnen. Bei festgestellter Besserung ist anzugeben, welche Unfallsfolgen überhaupt noch bestehen bleiben, damit der mit einer späteren Nachuntersuchung Betraute einen konkreten Vergleichspunkt findet.

Den Schluß bildet die eingehende Erläuterung, in welcher Weise sich die bestehenden Unfallsfolgen auf das Erwerbsleben bemerkbar machen, insbesondere welche Arbeiten für den Verletzten in Zukunft entfallen, und für welche er noch ausreichende körperliche Fähigkeiten besitzt.

Zur Erleichterung des Verständnisses fügen wir eine Schätzung der vorhandenen Erwerbseinbuße in Prozenten hinzu.

Die Ausführung des Unfallversicherungsgesetzes macht es erforderlich, daß im Laufe eines Entschädigungsverfahrens wiederholt Gutachten eingefordert werden, die verschiedenen — von der einen oder anderen Partei aufgeworfenen — Gesichtspunkten dienen. Dieselben werden in der Regel von der das Gutachten erfordernden Instanz in Form einer dem Wortlaut des Gesetzes entsprechenden Frage erfordert.

Wir unterscheiden danach im wesentlichen folgende Kategorien von Fragestellungen:

I. Bei der ersten Rentenfestsetzung nach Abschluß des Heilverfahrens: Welche Folgen hat der Unfall vom (Datum) bei dem Verletzten hinterlassen, und in welchem Grade ist derselbe hierdurch seit dem (Tage des Abschlusses des Heilverfahrens) in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt?

II. Bei einer nach einiger Zeit von der Berufsgenossenschaft behaupteten und von dieser zu beweisenden Besserung im Zustande des Verletzten sowie dadurch herbeigeführten Erhöhung der Erwerbsfähigkeit zwecks Kürzung der Rente:

a) Ist in dem Zustande des Verletzten seit der Untersuchung vom (Datum der Untersuchung, die der laufenden Rentengewährung zugrunde liegt) eine wesentliche Veränderung hinsichtlich der Unfallsfolgen und dadurch eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit eingetreten?

Bejahendenfalls: Worin liegt die wesentliche Veränderung?

b) In welchem Grade ist der Verletzte in der Zeit nach dem (Datum der neuen Begutachtung) und gegenwärtig durch die noch verbleibenden Folgen des Unfalls vom (Datum) in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt?

III. Bei einer nach rechtskräftiger Festsetzung einer Rente von dem Verletzten behaupteten und von diesem zu beweisenden Verschlimmerung des Zustandes sowie dadurch herbeigeführten Minderung der Erwerbsfähigkeit zwecks Erhöhung der Rente:

a) Ist in dem Zustande des Verletzten seit der Untersuchung vom (Datum der Untersuchung, die der laufenden Rentengewährung zugrunde liegt) eine wesentliche Veränderung hinsichtlich der Unfallsfolgen und dadurch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit eingetreten?

Bejahendenfalls: Worin liegt die wesentliche Veränderung?

b) In welchem Grade ist der Verletzte in der Zeit nach dem (Datum seines Antrages auf Erhöhung der Rente wegen Verschlimmerung seines Zustandes) und gegenwärtig durch die Folgen des Unfalls vom (Datum) in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt.

IV. Falls ein Leiden als durch Unfall entstanden behauptet wird.

a) Ob mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß das bei dem X. bestehende Leiden auf den Unfall vom (Datum) zurückzuführen ist?

b) Bejahendenfalls: In welchem Grade ist der Verletzte seit (Datum des Abschlusses des Heilverfahrens beziehungsweise des deutlich erkennbaren Hervortretens des Leidens) durch das bei ihm infolge des Unfalls bestehende Leiden in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt?

V. Falls ein Leiden, das vorher schon bestanden hat, durch einen Unfall als verschlimmert behauptet wird.

a) Ob mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß das bei dem Rentenbewerber schon von früher bestehende Leiden durch die Folgen des Unfalls erheblich verschlimmert worden ist?

b) Bejahendenfalls: In welchem Grade war der Rentenbewerber durch das Leiden vor seinem Unfalle und in welchem Grade ist er durch das durch den Unfall verschlimmerte Leiden in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt?

VI. Falls der Tod eines Verletzten durch einen Unfall herbeigeführt sein soll:

Ob mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß der am (Datum) erfolgte Tod des Verletzten mit dem am (Datum) erlittenen Unfalle in einem ursächlichen Zusammenhange steht oder aber durch den Unfall wesentlich beschleunigt worden ist?

VII. Bei der Behauptung der Hilflosigkeit.

Ob der Verletzte durch seinen Unfall derart hilflos geworden ist, daß er dauernd fremder Wartung und Pflege bedarf?

Wir sehen also, daß in der Mehrzahl der Fälle das von uns verlangte Gutachten in Beziehung zu einem bereits früher erstatteten gebracht werden soll und muß. Wird dies verabsäumt, so ist das

Gutachten wertlos, denn es schwebt in der Luft. Es wird meistens nicht die eingetretenen wesentlichen Veränderungen erläutern, sondern sich lediglich als eine neue Einschätzung der Unfallsfolgen darstellen, was unzulässig und zwecklos ist. Damit ist auch die lange behandelte Streitfrage erledigt, ob es „standesunwürdig“ ist, einem Unfallverletzten ohne Kenntnis der Akten oder der früheren Gutachten ein Attest auszustellen. Standesunwürdig wohl sicher nicht, aber unpraktisch, weil es dem gewollten Zwecke meist nicht genügen kann; manchmal ist es aber schlechterdings unmöglich.

Recht zweckmäßig ist es, wenn das Resumé des Gutachtens in die Worte der Fragestellung gekleidet ist.

Zum Schlusse sei noch der häufig völlig unzureichenden äußeren Form gedacht, die den den Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten eingereichten ärztlichen Gutachten leider immer noch anhaftet: Unleserliche Schrift (docti male pingunt) und dem Zwecke (Einverleibung in die Akten) nicht gerecht werdendes Papier (Rezeptformulare, Briefbogen). Und doch kann man aus der äußeren Form oftmals einen Schluß ziehen, welches Maß von Achtung der Gutachter seiner Geistesarbeit gezollt zu sehen wünscht. Unleserliche Gutachten wandern in die Kanzlei zur Anfertigung einer Abschrift, zur Übersetzung ins Leserliche, und dadurch entsteht naturgemäß ein Zeitverlust, der dem Rentenbewerber, in dessen Interesse das Gutachten doch erstattet war, Schaden bringt. Dem Laien unverständliche Fachausdrücke müssen durchaus vermieden werden.

Der Beurteiler wird gut daran tun, sich vor Augen zu halten, daß sein Gutachten dem Unfallverletzten mitgeteilt wird. Eine Eingabe des Vorstandes der Ärztekammer für Brandenburg-Berlin, welche darin bat, den Rentenbewerbern die ärztlichen Gutachten nicht mitzuteilen, da dem Aussteller daraus erhebliche Belästigungen erwachsen können, wurde vom Reichsversicherungsamt mit Rücksicht auf die Rechtslage abgelehnt.

Wir lassen einige Beispiele von Gutachten für die erste Rentenfestsetzung folgen.

I.

Berlin, 6. VIII. 1904.

Zufolge Ersuchens des Herrn Vorsitzenden des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung des Regierungsbezirks N. N. vom 28. VII. 1904 habe ich am 6. VIII. 1904 vormittags 9 Uhr den Obermüller P. aus B. einmalig in meiner Wohnung ärztlich untersucht, zwecks gutachtlicher Äußerung:

a) ob und welche Folgen des Unfalls vom 2. I. 1904 bei dem P. bestehen,

b) ob und in welchem prozentualen Grade er durch die Unfallsfolgen seit dem Beginn der 14. Woche nach dem Unfalle, dem 3. IV. 1904, in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist.

Vorgeschichte.

P. hatte sich nach dem Akteninhalt am 2. I. 1904 durch Betriebsunfall einen linksseitigen Speichenbruch zugezogen, indem ihm beim Abnehmen einer Bogenlampe das Gegengewicht auf den linken Arm fiel.

Eigene Angaben des Verletzten.

„Ich habe dauernd Schmerzen im linken Arm, vom Armgelenk bis zur Bruchstelle, mitunter auch weiter hinauf, bis zur Schulter. Die Kraft im linken Arm ist herabgesetzt. Witterungswechsel merke ich, es tritt dann „Reißen" im Arm auf."

Untersuchungsbefund.

Kräftig gebauter, 34-jähr. Mann in gutem Ernährungszustande, dessen Bewegungen beim An- und Ausziehen eine Behinderung im Gebrauche des linken Armes nicht erkennen lassen.

Lunge, Herz und Bauchorgane lassen keine krankhafte Abweichung von der Norm erkennen. Der frisch entleerte Urin enthält weder Eiweiß noch Zucker. Es finden sich weder Eingeweidebrüche noch Anlagen dazu. Nervensystem ohne Befund.

Am linken 4. Finger fehlt das Nagel- und Mittelglied. Obwohl die Narben über die Kuppe des Stumpfes laufen und mit der Unterlage fest verwachsen sind, resultiert hieraus nach eigener Angabe des Verletzten keine Erwerbsbeschränkung. Diese Verletzung steht in keinem Zusammenhang mit dem Unfall vom 2. I. 1904.

Ungefähr 11 cm über dem Griffelfortsatz der Elle fühlt man an der linken Speiche eine ganz leichte knöcherne Hervorragung; die Weichteile über dieser Stelle sind unverändert. Die Bewegungen im linken Handgelenk, wie im linken Ellenbogengelenk sind völlig frei, ohne Schmerzen und ohne Geräusche ausführbar.

Es beträgt der Umfang

	R. cm	L. cm
des Oberarmes:		
um den horizontalen Deltamuskel	30½	30½
um den hängenden Delta in Achselhöhlenhöhe	29	29
um den zweiköpfigen Muskel (Biceps)	28½	28½
um den zweiköpfigen gespannten Muskel	29½	29½
handbreit über dem Ellenbogengelenk	28½	29
des Unterarmes:		
an der dicksten Stelle	25½	26
in der Mitte	22½	23
handbreit über dem Handgelenk	19	19
des Handgelenks	17	17
der Hand ohne Daumen	22	22
der Hand mit Daumen	24	24

Die Muskulatur ist beiderseits gleich kräftig in ihrer Konsistenz.

Die grobe Kraft der linken Hand ist dem Gefühl nach nicht herabgesetzt, beide Hände zeigen gleich starke Schwielenbildung. Die linke Hand ist also in der letzten Zeit nicht mehr geschont worden.

Es handelt sich um einen vorzüglich verheilten Bruch der linken Speiche an ungewöhnlicher Stelle.

Gutachten.

Zu a): Als Folgen des Unfalls vom 2. I. 1904 bestehen bei dem P.:

1. Eine ganz leichte knöcherne Hervorragung an der linken Speiche zirka 11 cm über dem Griffelfortsatz der Elle.
2. Angeblich Schmerzen im linken Arm.
3. Angeblich Herabsetzung der Kraft im linken Arm.

Zu b): Die ganz leichte Hervorragung an der linken Speiche kann erfahrungsgemäß erwerbsbeschränkende Folgen nicht haben.

Die Schmerzen im linken Arm sind glaubhaft. Sie können indes nicht stark sein, da sie sonst den Kläger zum schonenden Gebrauch seines Armes, beziehungsweise zu gänzlicher Untätigkeit desselben veranlassen würden. In diesem Falle hätte sich ein Untermaß in der Muskulatur des linken Armes während der vergangenen Zeit ausbilden müssen. Die oben angeführten Messungen ergeben aber, daß der linke Arm an 2 Stellen sogar um $1/2$ cm stärker ist, als der rechte.

Die behaupteten Schmerzen können also nur als Unbequemlichkeit und nicht als erwerbsbeschränkender Umstand angesehen werden.

Die behauptete Herabsetzung der groben Kraft kann nicht anerkannt werden; ihrem Vorhandensein widerspricht auch die gute Beschaffenheit der Muskulatur am verletzt gewesenen Arm.

Demnach muß zu dem Schluß gelangt werden:

P. ist durch Unfallsfolgen seit dem 3. IV. 1904 in seiner Erwerbsfähigkeit nicht beschränkt, da er den linken Arm zu jeder Leistung, wie vor dem Unfall, gebrauchen kann.

Ich versichere unter Hinweis auf den von mir vor den hiesigen Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung geleisteten Eid, daß ich vorstehendes Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen erstattet, sowie die darin enthaltenen eigenen Angaben des Verletzten wahrheitsgetreu wiedergegeben habe.

(Unterschrift.)

Das Schiedsgericht schloß sich vorstehendem Gutachten, das mit dem des von der Berufsgenossenschaft gehörten behandelnden Arztes übereinstimmte, an und wies die Berufung des Klägers ab, da bei dieser Sachlage sein Anspruch auf Unfallrente nicht für begründet erachtet werden konnte. Kläger hat auf das Rechtsmittel des Rekurses beim Reichsversicherungsamt verzichtet.

II.

Berlin, 19. VI. 1905.

Zufolge Ersuchens des Herrn Vorsitzenden des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung des Regierungsbezirks N. N. vom 10. VI. 1905 habe ich am 19. VI. 1905 vormittags 9 Uhr den Klempner S. einmalig in meiner Wohnung ärztlich untersucht, zwecks Erstattung eines Gutachtens:

a) welche Folgen des Unfalls vom 30. III. 1904 bei S. bestehen,
b) in welchem Grade derselbe durch diese Unfallsfolgen seit dem 28. III. 1905 (Ende des Heilverfahrens) in seiner Erwerbsfähigkeit und gegenwärtig noch beeinträchtigt ist.

Vorgeschichte.

S. erlitt nach dem Akteninhalt und eigener Angabe am 30. III. 1904 einen Betriebsunfall (rechter Oberschenkelhalsbruch) durch Sturz von der Treppe. Er befand sich bis zum 27. III. 1905 im Heilverfahren der Berufsgenossenschaft, die ihm vom genannten Tage eine Rente von 60 Proz. bewilligt hat. Hiergegen hat S. Berufung eingelegt mit der Begründung, er sei noch völlig erwerbsunfähig.

Eigene Angaben des Verletzten.

„Ich habe Schmerzen im rechten Bein vom Knie bis zur Bruchstelle am Oberschenkel, und zwar dauernd. Ich kann nicht gut gehen.“

Untersuchungsbefund vom 19. VI. 1905.

Kräftig gebauter, fast korpulenter Mann, von gesundem Aussehen, der schwer hinkend mit nach vornüber gebeugtem Oberkörper an zwei Stöcken den Untersuchungsraum betritt.

Lunge, Herz, Bauchorgane, Nervensystem lassen keine krankhafte Abweichung erkennen. Es bestehen weder Eingeweidebrüche, noch Anlagen dazu.

Beim freien Stehen — ohne Stöcke — verlegt S. die Körperlast auf das linke Bein, das rechte Bein wird im Hüftgelenk leicht gebeugt, nach auswärts gerollt und seitlich gespreizt gehalten.

Die Gegend des rechten großen Rollhügels ist für Gefühl und Auge erheblich verdickt. Der Bruch ist völlig fest verheilt. Druckschmerz besteht an keiner Stelle.

Bei horizontaler Rückenlage — während die Körperlängsachse mit der Längsachse des Untersuchungstisches zusammenfällt, letztere die Querachse des Beckens senkrecht schneidet und während der Rücken der horizontalen Tischplatte überall fest anliegt — wird das rechte Bein nach auswärts gerollt gehalten. Es kann selbständig im Hüftgelenk bis 45^{0}, fremdtätig ebensoweit wie das linke von der horizontalen Unterlage erhoben werden. Der rechte Oberschenkel kann nicht einwärts gerollt werden; die Rollbewegung nach außen ist

etwas beschränkt. Seitwärtsspreizen und Heranführen an die Mittellinie ist für das rechte Bein unbehindert.

S. kann mit Hilfe des Stockes auch auf dem rechten Bein allein stehen.

Rechtes Fuß- und Kniegelenk sind ohne Regelwidrigkeiten. Am ganzen rechten Bein besteht keine Schwellung.

Die Muskulatur fühlt sich am rechten Bein nicht schlaffer an als links. Die rechte Gesäßfalte steht tiefer als die linke.

	R.	L.
Es beträgt der Umfang des Oberschenkels:	cm	cm
im Schritt	47	50
in der Mitte	41	45
oberhalb der Kniescheibe	36½	36½
um die Mitte des Kniegelenks	37½	37
des Unterschenkels:		
unterhalb der Kniescheibe	33	33
an der dicksten Stelle der Wade	32	33
an der dünnsten Stelle	22	21½
um die Knöchel	25	25
Es beträgt die Länge der Beine:		
vom vorderen Darmbeinstachel bis zu äußeren Knöchelspitze	83	86
vom vorderen Darmbeinstachel bis zum Kniegelenksspalt	41	44
von der oberen Rollhügelspitze bis zum Kniegelenksspalt	38	38

Die Verkürzung von 3 cm betrifft also nicht den Oberschenkelschaft. Da der rechte Oberschenkelkopf in der Hüftpfanne sich befindet, so ist die Verkürzung durch Verschiebung der Bruchenden im rechten Oberschenkelhals bedingt. Diese Verkürzung wird später durch Beckensenkung ausgeglichen werden.

Begutachtung.

Zu a. Als Folgen hat der Betriebsunfall vom 30. III. 1904 bei S. hinterlassen:

1. Sicht- und fühlbare Verdickung der rechten Rollhügelgegend.
2. Verkürzung des rechten Beines um 3 cm.
3. Abmagerung der rechten Oberschenkelmuskulatur um 3—4 cm.
4. Bewegungsbeschränkungen des rechten Hüftgelenks im Sinne der Einwärtsrollung und der selbsttätigen Beugung.
5. Glaubhafte Schmerzhaftigkeit des rechten Oberschenkels.

Aus allen diesen Momenten ergibt sich für die praktische Betätigung als Unfallsfolge: Behinderung des dauernden Gehens und Stehens, sowie die Notwendigkeit, sich zweier Stöcke zu bedienen.

Zu b. S. ist seit dem 28. III. 1905 in seiner Erwerbsfähigkeit um 60 Proz. beeinträchtigt. Zu dieser Schätzung führt folgende Erwägung:

S. ist wohl befähigt, jede Arbeit im Sitzen auszuführen. Er ist auch imstande, kleinere Strecken zu Fuß zurückzulegen, so daß er sich

Arbeitsmaterial an seine Arbeitsstätte heranschaffen und fertiggestellte Arbeiten abliefern kann. Durch fleißige Bewegung des rechten Beines wird ein Schwinden der Verdickung und damit ein Nachlassen der Schmerzen eintreten.

Der zurückliegende Termin vom 28. III. 1905 konnte ärztlich deswegen unbedenklich angenommen werden, weil tags zuvor von Dr. R. ein dem heutigen Befund völlig gleichlautender festgestellt wurde.

(Unterschrift.)

Diese Schätzung wurde später vom Reichsversicherungsamt bestätigt.

Es folgen nunmehr Beispiele von Gutachten, die eine wesentliche Veränderung im Zustande des Verletzten feststellen bezw. verneinen.

I.

Berlin, 21. IX. 1905.

Zufolge Ersuchens des Herrn Vorsitzenden des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung — Regierungsbezirk N. N. — vom 7. IX. 1905 habe ich in der Unfallrentensache des Kalkträgers B. zu R.

wider

die N. N. Berufsgenossenschaft den Verletzten am 21. IX. 1905 vormittags 9 Uhr einmalig in meiner Wohnung ärztlich untersucht zwecks gutachtlicher Äußerung darüber.

1. Ob seit der Untersuchung am 13. V. 1905 in dem Zustande des Klägers eine wesentliche Veränderung und infolgedessen eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, bejahendenfalls worin diese Veränderung besteht.

2. In welchem Grade der Kläger infolge des Unfalls vom 10. II. 1905 in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt gewesen und gegenwärtig noch beinträchtigt ist.

Vorgeschichte.

Nach den vorliegenden Akten erlitt der Kalkträger B. am 10. II. 1905 durch Betriebsunfall (Sturz von einer Etage) einen Wirbelbruch, sowie einen Bruch des rechten Fersenbeins. Es bestand sofortige Lähmung beider Beine, unfreiwilliger Stuhlabgang, Harnverhaltung, weswegen er 8 Tage lang katheterisiert werden mußte. Nach 3 Wochen stellte sich die Beweglichkeit der Beine wieder her. Am 5. V. 1905 wurde der Verletzte aus dem Krankenhause mit Gipskorsett als „geheilt“ entlassen; der Gang war gut, die Sensibilität um die Analöffnung war noch gestört. Es bestand Blasenschwäche, der Urin entleerte sich, wenn der Patient sich im Bett aufrichtete, ohne daß er davon ein Gefühl hatte. B. erhielt Vollrente bis zum 1. IX. 1905. Gegen den die Rente nach dieser Zeit auf 80 Proz. herabsetzenden

Bescheid legte er Berufung beim Schiedsgericht ein mit der Begründuug, noch völlig erwerbsunfähig zu sein.

Eigene Angaben des Verletzten.

„Ich habe Schmerzen im Rückgrat beim Laufen, beim Sitzen und beim Witterungswechsel. Ich kann den Urin nicht halten und ebensowenig den Stuhlgang. Ich beschmutze häufig die Betten und die Kleider. Meine Hände, Kopf und Brust sind gesund.“

Untersuchungsbefund:

am 13. V. 1905:	am 21. IX. 1905:
Gesichtsausdruck ist konstant, etwas starr, nur durch häufiges Blinzeln belebt.	Gesichtsausdruck zwar konstant, aber nicht mehr starr, kein häufiges Blinzeln mehr.
Bei Fuß- und Lidschluß steht B. unsicher, ohne jedoch deutlich zu schwanken.	B. steht jetzt bei Fuß- und Lidschluß sicher.
Um den Rumpf wird ein großes, von den Achseln bis über die Darmbeinschaufeln reichendes Gipskorsett getragen.	Es wird kein Gipskorsett mehr getragen.
Die Beinkleider riechen stark nach Urin.	Die gesamte Kleidung ist rein von Urin, der jetzt in einem von der Genossenschaft gelieferten Urinoir aufgefangen wird. Dasselbe ist zur Hälfte mit einer Flüssigkeit angefüllt, die als Urin unzweifelhaft festgestellt wird.
Der Urin fließt tropfenweise, beim Pressen in größerer Menge ab. Hierbei klafft die Afteröffnung etwas.	Unverändert.
Der rechte Unterschenkel und Fuß ist leicht bläulich verfärbt und teigig geschwollen, besonders in der Gegend der Knöchel, die sich nicht abheben, an sich aber nicht sehr verdickt erscheinen.	Die Verfärbung und teigige Schwellung sind verschwunden. Die Knöchel heben sich deutlich ab.
Die Achillessehnengruben sind gänzlich aufgehoben.	Die Achillessehnengruben sind wieder angedeutet.
Die Sehnen des Fußrückens sind nicht sichtbar.	Die Sehnen sind jetzt wohl erkennbar.
Die Knöcheldistanz beträgt rechts 9 cm, links 7,9 cm.	Jetzt $8^{3}/_{4}$: 7,8 cm.
Die stärkste Stelle der Waden beträgt rechts 34 cm, links 33 cm.	Die Waden messen jetzt beiderseits gleich 31 cm.
Beugung und Streckung ist im Extrem beschränkt.	Beugung und Streckung sind jetzt fast völlig frei.

Begutachtung.

Zu 1. Seit der Untersuchung am 13. Mai 1905 ist in dem Zustande des Klägers eine wesentliche Veränderung und infolgedessen eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit eingetreten.

Die Veränderung besteht in folgendem:

a) B. vermag jetzt bei Augenlidschluß sicher zu stehen.

b) Das Tragen eines Gipskorsetts ist nicht mehr notwendig.

c) Durch entsprechende Maßnahmen (Urinoir) und Übung ist B. jetzt imstande, die Verunreinigung seiner Kleider zu vermeiden.

d) Die Verhältnisse des rechten Unterschenkels haben sich erheblich gebessert durch

α) Schwinden der Verfärbung und teigigen Schwellung,
β) Deutlicherwerden der Umrisse der Knöchel,
γ) „ der Achillessehnengruben,
δ) „ der Sehnen des Fußrückens,
ε) Abnahme der Knöcheldistanz um $^1/_4$ cm,
ζ) Schwinden der Wadendifferenz von 1 cm,
η) Besserung der Beuge- und Streckfähigkeit des rechten Fußes.

Als Unfallsfolgen sind demnach verblieben:

a) Die durch den Fersenbeinbruch verbliebene Veränderung am rechten Fuß;
b) die Blasen- und Mastdarmstörungen.

Zu 2. Die Störungen von seiten der Blase und des Mastdarmes machen es dem B. zurzeit unmöglich, in einem regelmäßigen Betriebe mit anderen gemeinschaftlich zu arbeiten. Es verbleibt ihm nur die Möglichkeit eines Erwerbs in seiner Behausung, wie Dütenkleben, Auslesen kleinerer Gegenstände. Da er zudem in der Lage ist, Wegestrecken zurückzulegen, so kann er sich auch Arbeitsmaterial beschaffen und fertiggestellte Arbeit abliefern. Es würde somit die verbliebene Erwerbsunfähigkeit 75 Proz. betragen; da aber die Arbeitszeit durch die zeitraubende Wartung des Urinoirs und so fort noch weiter beschränkt wird, so ist die Erwerbsunfähigkeit auf 80 Proz. zu schätzen.

B. ist infolge des Unfalls vom 10. Februar 1905 in der Zeit nach dem 1. September 1905 in seiner Erwerbsfähigkeit um 80 Proz. beeinträchtigt gewesen und gegenwärtig noch um 80 Proz. beeinträchtigt.

(Unterschrift.)

Das Schiedsgericht sprach trotzdem dem Kläger eine Rente von 90 Proz. zu, auf eingelegten Rekurs erklärte das Reichsversicherungsamt eine 80-proz. Rente für ausreichend und stellte den auf 80 Proz. lautenden Bescheid der Berufsgenossenschaft unter Aufhebung der schiedsgerichtlichen Vorentscheidung wieder her.

II.

Berlin, 6. V. 1905.

Zufolge Ersuchens vom 20. IV. 1905 erstatte ich dem Herrn Vorsitzenden des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung — Regierungsbezirk N. N. — in der Rentensache des Maurers K. wider die N. N. Berufsgenossenschaft nach einmaliger ärztlicher Untersuchung des Klägers in meiner Wohnung am 6. V. 1905 vormittags 9 Uhr nachstehendes

Gutachten

über die Fragen:

a) ob seit der Untersuchung am 15. XI. 1904 in dem Zustande des Verletzten eine wesentliche Veränderung und damit eine

Erhöhung der Erwerbsfähigkeit eingetreten ist, zutreffendenfalls, worin diese Veränderung besteht;

b) in welchem Grade der Kläger durch die Folgen des Unfalls vom 11. I. 1904 in der Zeit nach dem 1. IV. 1905 und gegenwärtig in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist.

Vorgeschichte.

Der Maurer K. erlitt am 11. I. 1904 durch Hinstürzen einen Betriebsunfall (Hautabschürfung des linken kleinen Fingers), der durch Zeugen beglaubigt wurde. Die Wunde heilte nicht, trotzdem setzte K. die Arbeit bis zum 13. II. 1904 fort, an welchem Tage sich eine schmerzhafte Anschwellung in der linken Achselhöhle bildete. Es entstand eine schwere Streptokokkensepsis mit Vereiterung der Achseldrüsen, Unterhautzellgewebsentzündung der ganzen linken Rumpfseite, Erysipel, sowie schwere Lungen- und Rippenfellentzündung. Trotz voneinander abweichender Anschauung der berufsgenossenschaftlichen Vertrauensärzte wurde das Leiden des K. als Unfallsfolge von seiten der Berufsgenossenschaft anerkannt.

Während der bis zum 13. VI. 1904 währenden Krankheitsbehandlung erhielt die Familie des Verletzten die Angehörigenrente, nach der Entlassung der Verletzte die Vollrente. Nach Ablauf des ärztlichen Heilverfahrens am 15. XI. 1904 wurde eine Rente von 40 Proz. gewährt, die vom 1. IV. 1905 auf 20 Proz. herabgesetzt werden sollte, weil die Beweglichkeit in der rechten Schulter frei geworden wäre.

Gegen diese Rentenherabsetzung hat K. Berufung eingelegt.

Eigene Angaben des Verletzten.

„In der linken Brustseite habe ich Schmerzen, namentlich, wenn ich den Arm hochhebe. Ich leide an Hustenreiz und die Luft wird mir oft knapp.“

Untersuchungsbefund

am 15. XI. 1904:	am 6. V. 1905:
Der linke Arm läßt sich 15° über die Horizontale heben.	Der linke Arm kann seitlich selbsttätig bis 10°, fremdtätig bis 40° über die Horizontale erhoben werden. Es tritt aber hierbei eine starke Spannung der Narbe, sowie Schmerz in derselben auf.
Die Drehung nach hinten unten ist frei, nach hinten oben um das Extrem beschränkt.	Unverändert.
Der Umfang um den Biceps beträgt rechts $27\frac{3}{4}$, links $27\frac{1}{4}$ cm, um den hängenden Delta rechts 31 cm, links $30\frac{1}{2}$ cm, um den horizontalen Delta jederseits 34 cm.	Es beträgt der Umfang des Oberarmes: um den horizontalen Deltamuskel rechts 35 cm, links 35 cm, um den hängenden Delta in Achselhöhlenhöhe rechts 34 cm, links 33 cm, um den zweiköpfigen Muskel (Biceps) rechts 31 cm, links 31 cm,

Es verbleibt als augenfälligstes Symptom der Verletzung die außerordentlich lange Narbe auf der linken Brustwand. Dieselbe beginnt in der Achselhöhle und zieht gerade hinunter, um sich kurz über der Leistenbeuge parallel mit dem Leistenbande bis in die Nähe der Schamhaare zu ziehen. Sie ist insgesamt 44 cm lang. Sie ist noch blaurot und liegt der Unterlage in der Mitte ihres Verlaufes fest an. Es verbleibt ferner eine Behinderung in der Erhebung des linken Armes um etwa 40°. Die Ursache hierfür ist die Schmerzhaftigkeit, welche K. auf die Zerrung der Narbe bei der Erhebung des Armes zurückführt. Tatsächlich ist aber die Spannung nur auf dem mittleren Teil der Narbe gelegen, weil dieser der Unterlage fest aufliegt.

um den zweiköpfigen gespannten Muskel
rechts $34^1/_2$ cm, links $33^1/_2$ cm;
des Unterarmes:
an der dicksten Stelle rechts $27^1/_2$ cm, links 27 cm, der Hand ohne Daumen rechts $21^1/_2$ cm, links 21 cm.

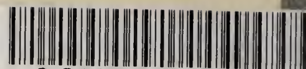
Die 44 cm lange und bis zu 8 cm breite Narbe ist abgeblaßt und liegt der Unterlage nicht mehr fest auf, sondern ist — allerdings in sehr geringem Maße — verschieblich. Die Behinderung des linken Armes beträgt bei selbsttätiger Erhebung 80°, bei fremdtätiger 50°. Dieselbe wird verursacht durch die straffe unelastische Narbe. Das Schultergelenk ist völlig frei beweglich — innerhalb der durch den Narbenzug gesetzten Beschränkung — und ohne krankhafte Geräusche. Die Hände sind verarbeitet. Lunge, Herz und Unterleibsorgane lassen keine Regelwidrigkeit erkennen.

Begutachtung.

Zu 1. In dem Zustande des Klägers ist seit der Untersuchung am 15. XI. 1904 zwar insofern eine wesentliche Veränderung eingetreten, als eine erhebliche Kräftigung der Armmuskulatur unverkennbar ist. Das Haupthindernis für die freie Bewegung des linken Armes — die Narbe — besteht aber nicht nur unverändert weiter, sondern hat durch Schrumpfung die Exkursionsfähigkeit des linken Armes für das Erheben über die Horizontale noch um 5° verringert, da jetzt der Arm fremdtätig nur bis 40° erhoben werden kann, während dies am 15. XI. 1904 bis 45° gelang.

Da aber damals die Bewegungsbeschränkung des linken Armes mit als Hauptmoment angesehen wurde, so muß vom ärztlichen Standpunkt aus gesagt werden, daß eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit seit der Untersuchung vom 15. XI. 1904 bei dem Kläger nicht eingetreten ist.

Zu 2. Da im wesentlichen der Zustand des Klägers unverändert geblieben ist, so bleiben auch dieselben Voraussetzungen für die Schätzung der Erwerbseinbuße bestehen. K. kann Arbeiten, die ein Emporheben des linken Armes über die Horizontale erheischen, nicht verrichten. Auch sind die Klagen über Schmerzen in der Narbe noch glaubhaft. Demgemäß erscheint K. infolge des Unfalls vom 11. Januar 1904 in der Zeit nach dem 1. IV. 1905 und gegenwärtig um 40 Proz. beeinträchtigt.



Diese Schätzung mußte von der des Herrn Vorgutachters, Dr. R., abweichen, weil nicht zugegeben werden kann, daß die Beweglichkeit des linken Armes eine völlig normale sei. Das Erheben des linken Armes bis zur Senkrechten ist nur möglich, wenn K. seinen Rumpf weit nach rechts beugt; der Ausfall bei der Armerhebung wird also dann durch ausgiebiges Beugen der Wirbelsäule ausgeglichen. Mithin ist die Möglichkeit des Armhebens bis zur Senkrechten nur eine scheinbare. (Unterschrift.)

Das Schiedsgericht schloß sich diesem Gutachten an und beließ dem Kläger den Weitergenuß der 40-prozentigen Rente. Die zuständige Berufsgenossenschaft legte keinen Rekurs ein.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die ärztliche Mitarbeit an der Ausführung der staatlichen Arbeiterversicherung bereits manch' wertvollen Beitrag auch für die Förderung der medizinischen Wissenschaft geleistet hat. In den Akten der Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichte schlummert noch so mancher ungehobene Schatz. Das Vorgehen wissenschaftlicher Blätter, wie der „Medizinischen Klinik“, der „Ärztlichen Sachverständigenzeitung“ und der „Monatsschrift für Unfallheilkunde“, kasuistische Beiträge aus dem behandelten Gebiete zu bringen, ist daher nur geeignet, weitere Beiträge für das stolze Gebäude der ärztlichen Wissenschaft zu liefern und verdient tatkräftigste Unterstützung.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena — 3550